



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem na Equipa DisClínica

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz

Júri:

Presidente

Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Vogais

Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz, professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutor Marco Paulo Maia Ferreira, professor auxiliar convidado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Ana Margarida Teixeira Ferreira

2017

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Vítor Cruz, orientador académico do presente estágio, por todo o apoio e disponibilidade, bem como pelo acompanhamento prestado no decorrer deste percurso.

Ao Professor Doutor Rafael Pereira, pelo voto de confiança e por possibilitar o decorrer do estágio na equipa da DisClínica e por todos os projetos que foi lançando em complemento do mesmo.

À Dra. Carolina Piçarra, por todo o apoio prestado no local de estágio, por todo o companheirismo e partilha prestados e pelo seu contributo para o meu crescimento pessoal e profissional.

A toda a equipa da DisClínica pela forma carinhosa como me acolheu.

À minha família, especialmente aos meus pais e avós, por acreditarem em mim e por tornarem tudo isto possível! Muito obrigada por todo o apoio, por todos os conselhos e toda a confiança.

Ao meu companheiro e aos meus amigos, pela paciência incansável, pelo apoio, pela confiança e por todas as vivências partilhadas.

E por fim, um especial obrigada às crianças, por servirem de fonte de inspiração e motivação para o decorrer de todo o processo, sendo elas o principal motivo da escolha do local de estágio.

A todos, muito obrigada!

Resumo

O presente documento enquadra-se no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do mestrado em Reabilitação Psicomotora e reflete todo o trabalho desempenhado ao nível da intervenção psicomotora na DisClínica, durante o ano letivo 2015/2016. O trabalho desenvolvido centrou-se na área das Dificuldades de Aprendizagem, sendo que todas as intervenções seguiram uma organização coerente e essencial à mesma, nomeadamente: avaliação/observação inicial; plano de intervenção; intervenção psicomotora; e avaliação final e análise dos resultados. No total foram atendidas 15 crianças, entre 6 e 15 anos, das quais 5 prosseguiram para intervenção psicomotora, de carácter individual, com periodicidade semanal. De forma mais pormenorizada, é apresentado um estudo de caso, o qual diz respeito a uma criança com diagnóstico de Disgrafia, uma das problemáticas que mais surgiu ao longo do estágio. De um modo geral, após intervenção, verificaram-se melhorias significativas nas capacidades e desempenho das crianças, destacando a importância da intervenção psicomotora para esta população-alvo, permitindo-lhes ultrapassar as suas dificuldades e promover melhorias no seu desempenho escolar.

Palavras-chave: Dificuldades de Aprendizagem; Dificuldades de Aprendizagem Específicas; Disgrafia; Desenvolvimento; Perfil Psicomotor; Avaliação Psicomotora; Bateria Psicomotora; Plano de Intervenção; Intervenção Psicomotora; Intervenção individual.

Abstract

This document is part of the branch of Deepening of Professional Skills for the master's degree in Psychomotor Rehabilitation and reflects all the work performed regarding psychomotor intervention on DisClínica, during the academic year 2015/2016. The work developed focused on Learning Disabilities, and all the interventions followed a coherent and essential, namely: initial assessment/ observation; intervention plan; psychomotor intervention and finally, evaluation and analysis of the results. In total were attended 15 children, aged between 6 and 15 years, of which 5 continued for psychomotor intervention, of individual character, with weekly frequency.

With more detail, a case study is presented, about a diagnosed child with Dysgraphia, one of the problematics that appeared during the internship. In general, after the intervention, were noticed significant improvements on the children abilities and performance, showing the importance of psychomotor intervention for this type of population, allowing them to overcome their difficulties and promote improvements in their school development.

Keywords: Learning Disabilities; Specific Learning Disabilities; Dysgraphia; Development; Psychomotor Profile; Psychomotor Evaluation; Psychomotor Battery; Intervention plan; Psychomotor Intervention; Individual Intervention.

ÍNDICE

Introdução.....	9
<u>Capítulo I – Enquadramento da Prática Profissional</u>	11
1. Enquadramento Teórico.....	11
1.1. Psicomotricidade	11
1.2. Psicomotricidade e Aprendizagem	14
1.3. Dificuldades de Aprendizagem.....	15
1.4. Dificuldades de Aprendizagem Específicas.....	16
1. 5. Intervenção psicomotora nas Dificuldades de Aprendizagem.....	20
2. Enquadramento Institucional Formal	23
<u>Capítulo II - Realização da Prática Profissional</u>.....	31
1. Calendarização das atividades.....	31
2. Horário de Estágio	33
3. População atendida	34
4. Processo de Intervenção.....	35
4.1. Avaliação/observação Psicomotora.....	36
4.2. Intervenção Psicomotora.....	39
<u>Capítulo III- Estudo de Caso</u>.....	53
1. Caraterização do Caso – dados anamnese	53
2. Avaliação Inicial	54
3. Plano de Intervenção Pedagógico-terapêutico	59
4. Implementação do Plano Pedagógico-terapêutico	62
5. Avaliação Final.....	63
<u>Capítulo IV - Atividades Complementares</u>	71
1. Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem	71
2. Projeto Texto Editora - LEYA	73
3. Projeto Psicomotricidade em Contexto Escolar.....	74
4. Projeto “Os rastreios vão à escola”	74
5. Colaboração na validação de uma Bateria de Avaliação Neuropsicológica Infantil (BANI).....	75

6. Participação na Ação de Formação “Intervenção e Atuação Pedagógica no Autismo”..	76
Dificuldades e Limitações	77
Conclusão	79
Referências bibliográficas.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Atendimento da disclínica.....	24
Figura 2 - Estratégias utilizadas no processo de intervenção psicomotora	41
Figura 3- Ginásio de Reabilitação na Malo Clinic.....	43
Figura 4 - Gabinete de Intervenção Psicomotora na Clínicas Leite	44
Figura 5 - Cotações dos fatores psicomotores da BPM	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Cronograma das atividade	32
Tabela 2- Horário de Estágio	34

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – Cronologia das atividades 2015/2016	LXXXVIII
Anexo II – Crianças Observadas / Acompanhadas em Psicomotricidade	XC
Anexo III - Alguns dos Materiais de Intervenção	XCI
Anexo IV – Consentimento Informado	XCIV
Anexo V – Relatório de Avaliação Formal do D.M. (Estudo de Caso)	XCV
Anexo VI – Sessões do D.M.	C
Anexo VII – Exemplos de Planos de Sessão.....	CIX
Anexo VIII – Desenho do Corpo	CXIV
Anexo IX– Programa do 2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem.....	CXV

Anexo X– Resumo do Curso BACLE apresentado para submissão.....	CXIX
Anexo XI– Projeto Psicomotricidade em Contexto Escolar	CXXI

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – American Psychiatric Association

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

APPDAE - Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas

BACLE - Bateria de avaliação das pré-competências iniciais para a Leitura e Escrita

BANI - Bateria de Avaliação Neuropsicológica Infantil

BPM- Bateria Psicomotora

DA – Dificuldades de Aprendizagem

DAE – Dificuldades de Aprendizagem Específicas

GOC - Grelha de Observação do Comportamento

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SEPLEU - Sindicato dos Educadores e Professores Licenciados pelas Escolas Superiores de Educação e Universidades

TPMBO-2 - Teste de Proficiência motora de Bruininks-Oseretsky II

UPSI - Unidade de Psicologia

Introdução

O presente relatório surge no âmbito do Ramo de Aprofundamentos de Competências Profissionais (RACP), inserido no segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Os objetivos gerais que servem de linha condutora ao mesmo encontram-se estabelecidos no regulamento do RACP, sendo eles: estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção; e desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na concepção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Assim, o presente relatório representa as atividades desenvolvidas no Estágio Profissionalizante, que se realizou na equipa multidisciplinar DisClínica, decorrendo o mesmo em dois contextos clínicos: na Malo Clinic e nas Clínicas Leite, em Lisboa. Neste seguimento, foi realizado um conjunto de atividades, desde avaliação, planeamento e intervenção psicomotora em contexto individual, assim como algumas atividades complementares que foram sendo propostas com o decorrer do estágio. Deste modo, o documento encontra-se estruturado em quatro capítulos principais.

No **Capítulo I** é apresentado um enquadramento da prática profissional, partindo de uma revisão bibliográfica dos principais conceitos teóricos a ela associados e das principais problemáticas acompanhadas nas sessões de Psicomotricidade. Assim, este inicia-se com uma breve abordagem à Psicomotricidade, para posteriormente ser apresentada a sua relação com a Aprendizagem. É neste seguimento que serão enquadradas as Dificuldades de Aprendizagem (DA), mais concretamente as Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE), sendo esta última a designação mais consensual na atualidade. Além disso, uma vez que o diagnóstico predominante na maioria das crianças avaliadas durante o período de estágio consistiu na Disgrafia, esta será a DAE abordada, sendo esta abordagem essencial para uma melhor compreensão do capítulo inerente ao estudo de caso. Para concluir o enquadramento teórico e de forma a melhor compreender a prática realizada, este terminará com a Intervenção Psicomotora nas

Dificuldades de aprendizagem, especificando-se no caso da Disgrafia. Em seguida é então apresentada a DisClínica, caracterizando-se a mesma.

Por sua vez, no **Capítulo II** será apresentada a organização da prática profissional, abordando-se a calendarização e atividades desenvolvidas, a descrição sistematizada de todos os casos intervencionados.

No **Capítulo III** é apresentado um estudo de caso, sendo o mesmo analisado pormenorizadamente. Neste enquadram-se a apresentação dos resultados da avaliação inicial, seguindo-se o plano de intervenção com base nos mesmos. Neste seguimento, é descrito sucintamente todo o processo de intervenção realizado com o estudo de caso, terminando com os resultados da avaliação final e reflexão inerente.

No **Capítulo IV** são descritas todas as atividades complementares desenvolvidas. Para terminar, será realizada uma breve reflexão sobre as principais dificuldades e limitações sentidas, terminando com as principais conclusões e perspectivas futuras.

Capítulo I – Enquadramento da Prática Profissional

Neste primeiro capítulo pretende-se realizar uma breve descrição dos conceitos e temáticas inerentes à prática profissional realizada durante o estágio profissionalizante na DisClínica. Assim, este encontra-se subdividido em dois itens, nomeadamente: (1) Enquadramento Teórico, no qual consta a revisão bibliográfica dos conceitos de Psicomotricidade e Dificuldades de Aprendizagem e a relação entre estes, bem como a principal problemática acompanhada ao longo do ano letivo; (2) Caracterização da Instituição, onde é descrita a DisClínica como equipa multidisciplinar, os seus objetivos e a sua dinâmica de funcionamento.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Psicomotricidade

A Psicomotricidade surge como o campo transdisciplinar que investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e o corpo, e o psiquismo e a motricidade do ser humano (Fonseca, 2010a). Por sua vez, estas relações surgem da personalidade total do ser humano, ao nível das suas várias e complexas manifestações biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicossociocognitivas (Fonseca, 2010a).

Aquela aborda o ser humano através de uma visão holística e sistémica, tendo em conta a interação das suas potencialidades motoras, emocionais e mentais, ao mesmo tempo que trabalha o movimento e a regulação tónico-emocional (Fonseca e Martins, 2001). Paralelamente, tem em conta o contexto ecológico, sócio-histórico e cultural no qual o indivíduo está inserido, com o principal objetivo de criar novos processos de facilitação e interação com os vários contextos (Fonseca, 2010b).

Face ao exposto, esta constitui-se como uma terapia de mediação corporal, através da qual é possível estudar-se o conjunto de fenómenos corporais, partindo da avaliação das características do movimento, das atitudes, das posturas e da mímica (Maximiano, 2004). Através dela, o ser humano relaciona-se por meio da ação e do movimento, constituindo uma forma de tomada de consciência que age em prol da união positiva e harmoniosa entre o corpo e a mente (Silva e Borges, 2008).

Deste modo, os instrumentos de trabalho da psicomotricidade são o corpo em movimento, do psicomotricista e do indivíduo, em relação consigo mesmo, com o outro e

com o envolvimento, enquanto significação de gestos, atitudes, posturas e ações (Martins, 2001).

Em suma, a Psicomotricidade permite ao ser humano desenvolver processos simbólicos, tanto a nível lúdico, como relacional, servindo de recurso de intervenção transversal a toda a vida (Fonseca e Martins, 2001).

1.1.1. A intervenção Psicomotora

De acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade, a intervenção psicomotora destina-se a todos os grupos etários (APP, 2012b) e utiliza diversas metodologias, nomeadamente (APP, 2011):

- **Técnicas de relaxação e consciência corporal**, para a reelaboração do esquema e da imagem corporal e da consciencialização tónico-emocional da relação, com intencionalidade psicoterapêutica;
- **Técnicas de educação e reeducação gnoso-prática**, cujo objetivo passa por desenvolver não só as competências psicomotoras mas também a autorregulação do comportamento, através de uma relação dialéctica entre a ação e a sua representação;
- **Terapias expressivas e técnicas lúdico-terapêuticas**, colocando a criação e transformação ao serviço da identidade, da capacidade de comunicação e da exteriorização tónico-emocional das problemáticas, não susceptíveis de mediação terapêutica pela palavra, privilegiando assim a comunicação não-verbal;
- **Técnicas de recreação terapêutica e atividade motora adaptada** direccionadas para a promoção da qualidade de vida.

Neste seguimento, a prática psicomotora procura unificar o corpo e a mente, o real e o imaginário e o espaço e o tempo, tendo o seu espectro de ação como base condições somatopsíquicas que levem ao desenvolvimento de identificação e simbolização no indivíduo, através da interiorização das vivências corporais, em situações nas quais é essencial intervir ao nível de problemas de nível mais corporal, relacional e/ou cognitivo (Fonseca e Martins, 2001).

Deste modo, segundo Lièvre e Staes (2012), é uma técnica que integra atividades que permitem à pessoa um conhecimento concreto de si e do envolvimento, para a sua adaptação, ao mesmo tempo que considera o aspeto da vivência corporal, manipulação e

representação, tendo como componentes a trabalhar o esquema corporal, a lateralidade, a estruturação espacial e temporal (Lièvre e Staes, 2012).

Quanto à intervenção psicomotora com crianças, como ponto de partida deverá ter-se sempre em conta a atividade lúdica, a qual constitui um facilitador da interação com o meio e de comunicação entre a criança e o terapeuta (Carvalho, 2005).

Assim, a atividade psicomotora poderá ter como objetivo a valorização de uma componente relacional, investido na identidade e expressividade do indivíduo ou, por outro lado, ser mais instrumental, utilizando materiais e características envolvimentoais que permitam experimentação, estimulação sensorial, percetiva, simbólica e conceptual, tendo como base a consciencialização da ação (Martins, 2001).

1.1.2. Psicomotricidade Relacional e Psicomotricidade Instrumental

A **Psicomotricidade relacional**, tal como o nome indica encontra-se associada a fatores psicoafectivos relacionais e permite que o indivíduo se expresse e supere conflitos relacionais (Vieira, 2009). Assim, esta intervém de forma preventiva e terapêutica na promoção do desenvolvimento cognitivo, psicomotor e sócio-emocional (Vieira, 2009).

Como foco, a abordagem psicomotora de tipo relacional privilegia-se o jogo espontâneo, situações lúdicas (Almeida, 2013; Vieira, 2009) e dinâmicas e a comunicação não verbal (Vieira, 2009). Neste seguimento, o corpo em movimento incita situações que despoletam sentimentos inconscientes, os quais traduzem-se posteriormente em emoções, chegando ao consciente (Vieira, 2009). Ao mesmo tempo, promove na criança a capacidade de iniciativa, estimula a criatividade, o gesto espontâneo, a sua curiosidade e a sua própria motivação (Costa, 2008).

Assim, a base de uma intervenção psicomotora de caráter relacional consiste nas relações tanto entre o adulto e a criança e entre esta e os seus pares (Almeida, 2013). Deste modo centra-se nos processos de comunicação, e é operacionalizada por uma panóplia de estratégias de ação pedagógica e intervenção, de modo a facilitar os processos da aprendizagem e do desenvolvimento (Almeida, 2013).

Por sua vez, a **Psicomotricidade Instrumental** tem como centro da ação a problemática da criança, focando-se na recuperação de potencialidades percetivo-motoras, para a minimização das dificuldades presentes (Rivière, 2010).

A intervenção psicomotora de caráter instrumental privilegia a resolução de situações-problema (Fonseca, 1981 cit in Martins, 2001), devendo as mesmas ser apresentadas de

forma a propiciar o êxito, permitindo uma relação entre a criança e a ação ao mesmo tempo que maximiza a autoestima e confiança da criança (Martins, 2001).

Deste modo, este tipo de intervenção implica uma maior e mais precisa relação com os objetos, com o espaço e com o tempo, priorizando a intencionalidade, a exploração das mais diversas formas de expressão e a consciencialização da ação (Martins, 2001).

Assim, esta fundamenta-se na aplicação de testes psicomotores, a partir dos quais são definidas as áreas fortes e menos fortes, para posteriormente serem aplicadas técnicas de reabilitação e atividades definidas pelo terapeuta, para o alcance das etapas de um desenvolvimento normal (Aragón, 2007). Neste âmbito, segundo Martins (2001), as atividades deverão remeter para a análise, integração e elaboração da informação, através da experimentação sensório-motora.

1.2. Psicomotricidade e Aprendizagem

Segundo Fonseca e Oliveira (2009), antes de se aprender a ler, escrever e calcular, é necessário que todas as crianças integrem psiquicamente ou superiormente as suas experiências motoras e espaciais, razão pela qual os autores mencionam que a aprendizagem começa por ser motora. Por outro lado, a aprendizagem humana advém do funcionamento e estruturas neurais envolvidas nos processos mentais que medeiam os comportamentos sensoriais, motores, emocionais, linguísticos e cognitivos (Fonseca, 1999).

Neste seguimento, a aprendizagem é o resultado duma integração psicomotora complexa, que se inicia nos sistemas interoceptivos, associados à organização tónico-emocional, prosseguindo nos sistemas propriocetivos (e.g. emoções e controlo postural) e exteroceptivos, nos quais se enquadram os símbolos e o desenvolvimento prático (Fonseca, 1999). No entanto, para a aprendizagem acontecer de forma correta, estes processos sensoriais interoceptivos e propriocetivos têm de se encontrar estáveis para que os processos sensoriais exteroceptivos possam integrar a informação (Fonseca, 2006). Esta envolve sobretudo a necessidade de uma elevada integração sensorial, que decorre ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), onde é organizada, armazenada e posteriormente produzida, por forma a dar origem às respostas adaptativas e às reações motoras (Fonseca, 2010a).

Por sua vez, a psicomotricidade surge como um indicador das capacidade de aprendizagem e perturbações inerentes, tendo em conta que cada momento do

desenvolvimento evidencia a condição em que se encontra a integridade do Sistema Nervoso da criança, ao mesmo tempo que reflete a própria história da sua experiência lúdico-motora e demonstra o próprio perfil de adaptabilidade ou do seu potencial de aprendizagem (Fonseca, 2005).

A psicomotricidade promove na criança a tomada de consciência do seu corpo, da sua lateralidade, auxilia-a a situar-se no espaço, a dominar o seu tempo, bem como a adquirir habilmente a coordenação dos seus gestos e movimentos (Gromowski e Silva, 2014). Com isto, quanto mais precocemente se intervir no âmbito do desenvolvimento psicomotor, melhor a criança reconhecerá as suas competências, desenvolvendo a maturidade, a consciência e a inteligência, preparando-se assim para a escrita, leitura e para falar corretamente (Gromowski e Silva, 2014).

Assim, destaca-se a importância da psicomotricidade na educação e nos processos de aprendizagem pois, segundo Fonseca (2010b), constitui um meio privilegiado de prevenção e intervenção nas dificuldades de aprendizagem, sendo um meio adequado para otimizar os potenciais de aprendizagem. Rossi (2011) corrobora, referindo que a psicomotricidade desempenha um importante papel, na medida em que o movimento constitui-se como um suporte que auxilia a criança na compreensão e conhecimento do seu meio interno e do meio que a rodeia, através do seu corpo, das suas percepções e das suas sensações.

1.3. Dificuldades de Aprendizagem

O termo **Dificuldades de Aprendizagem** (DA) surgiu no início dos anos 60, sendo este inicialmente utilizado para indicar uma série de discapacidades associadas ao insucesso escola (Correia, 2007). O seu pioneiro foi Samuel Kirk, incluindo o mesmo no seu livro *Educação da Criança Excepcional* (Correia, 2007). Neste seguimento, o termo DA foi desde então bem aceite pelos educadores, investigadores e pais, pois era enfatizada a componente educacional face à componente clínica (Correia, 1991 cit in Correia, 2007).

Todavia, o termo DA tem vindo a ser utilizado em dois sentidos distintos: num sentido mais lato, no qual é apontado como sinónimo de insucesso escolar, fracasso escolar ou necessidades educativas especiais; e num sentido mais restrito, no qual diz respeito a um conjunto de discapacidades ou entraves específicas para as aprendizagens, entre as quais as académicas (Correia, 2008). Deste modo, as definições que se seguiram acarretaram sempre dúvidas quanto à identificação, elegibilidade e intervenção para as crianças com DA (Correia, 2007).

Paralelamente, reconhece-se que a etiologia das DA é multifatorial, não se conhecendo uma concreta que as justifique, na medida em que estas são muito heterogêneas, não apenas na sua etiologia como também na sua apresentação clínica e desenvolvimento (Kirk et al., 2005, cit in Cruz, 2009). Assim, entre as várias propostas teóricas, podem distinguir-se três fatores sugeridos, nomeadamente (Cruz, 2009): (1) **fatores fisiológicos**, tais como disfunções neurológicas ou lesão cerebral, determinantes genéticas e hereditárias, fatores bioquímicos e endócrinos; (2) **fatores socioculturais**, associados a má nutrição, a privações de experiências precoces, a códigos linguísticos restritos e estratégias educativas inadequadas; e (3) **fatores institucionais**, como lacunas nas condições materiais no âmbito do processo de ensino/aprendizagem e um planeamento do sistema educativo desadequado.

De um modo global, o conceito de DA deverá portanto ser utilizado para indicar a existência de alterações no que refere ao rendimento académico dos alunos, independentemente de as mesmas terem como origem fatores intrínsecos ou extrínsecos ao indivíduo, cognitivos ou afetivos, educacionais ou neurológicos, sem especificação do que está alterado (Cruz, 2011).

Importa também destacar que as DA evidenciam frequentemente na sua origem alguma perturbação do (neuro)desenvolvimento (e.g. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbações do Espectro do Autismo), tornando-se crucial a identificação precoce de sintomas e sinais identificadores de qualquer perturbação (Filipe, 2012). Deste modo, apenas uma avaliação cuidadosa pode apontar para um correto diagnóstico e uma inerente intervenção terapêutica ajustada (Filipe, 2012)

Perante o exposto, surgiu a necessidade de um termo mais específico, pelo que atualmente o termo Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE) se encontra generalizado (Cruz, 2011). Assim, o termo DAE deverá designar os problemas de aprendizagem primários ou específicos, intrínsecos ao indivíduo, sendo os mesmos de difícil explicação, visto não estarem associados a uma condição bem definida de deficiência (Correia, 2008 cit in Cruz, 2011).

1.4. Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Apesar dos desacertos entre os peritos face ao que são as DAE, verifica-se um crescente consenso perante as diferentes definições (Cruz, 2011). É de mencionar a existência de quatro definições (a do NJCLD, a do USOE de 1977, a do LGA e a do ICLD), no entanto, a mais aceite internacionalmente para definir as DAE e que apresenta maior viabilidade

profissional é a do *National Joint Committee on Learning Disabilities* (NJCLD) (Cruz, 2011). Neste seguimento, a definição referida surge da junção de cinco constructos essenciais (NJCLD, 1998):

1. As DA são heterogéneas, tanto dentro (intra) com entre (inter) os indivíduos;
2. As DA culminam em dificuldades significativas na aquisição e utilização da compreensão auditiva, fala, leitura, escrita, raciocínio e/ou habilidades matemáticas;
3. As DA são intrínsecas ao indivíduo, podendo encontrar-se na sua origem presumíveis disfunções no desenvolvimento do sistema nervoso central;
4. As DA podem ocorrer em simultâneo com outras dificuldades, que por si só não constituem DA (e.g. *dificuldades sensoriais, deficiência mental, distúrbios emocionais, entre outros*);
5. As DA não são provocadas por influências extrínsecas.

Em Portugal, o conceito surge pela primeira vez em 1984 na obra *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*, da autoria de Vítor da Fonseca, constituindo assim um marco científico no âmbito do conceito de DAE em Portugal (Cruz, 2011).

Por sua vez, também Correia (2008) teve o intuito de destacar as diferenças entre os conceitos de DA e DAE. Segundo o autor, as DAE encontram-se associadas à forma como o sujeito processa a informação, ou seja, de como a recebe, a integra, a retém e como a exprime, tendo sempre em atenção as suas capacidades e o conjunto das suas realizações. Face ao exposto, estas podem manifestar-se em áreas como a fala, a escrita, a leitura, a matemática e a resolução de problemas, comprometendo, deste modo, dificuldades ao nível perceptivo, motor, da memória, da linguagem, do pensamento e metacognitivas (Correia, 2008). Por outro lado, estas não resultam de privações sensoriais, deficiência mental, problemas motores, défice de atenção, perturbações emocionais ou sociais (Correia, 2008). No entanto, é possível a existência de concomitância entre eles, podendo igualmente interferir e modificar a forma do indivíduo interagir com o seu meio envolvente (Correia, 2008)

Neste seguimento, Correia (2004) categorizou as DA em: a) **auditivo-linguística**, associadas a problemas ao nível da perceção e compreensão daquilo que a criança ouve; b) **visuo-espacial**, relacionadas com problemas ao nível das relações espaciais e de figura-fundo; c) **motora**, que diz respeito aos problemas de coordenação global, fina ou de ambas; d) **organizacional**, referente a dificuldades em identificar o princípio, meio e fim de tarefas e no sintetizar e organizar a informação; e) **académica**, relativa às

dificuldades nas áreas da matemática, leitura e/ou escrita; e f) **sócio-emocional**, onde se enquadram as dificuldades em cumprir regras sociais e interpretar expressões faciais.

A Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas (APPDAE, 2014) acrescenta que as crianças com DAE poderão apresentar algumas características, concomitantes com as características já mencionadas, tais como: Hiperatividade; Problemas Psicomotores; Problemas gerais de orientação; Labilidade emocional; Perturbação da atenção; Impulsividade; Dificuldades ao nível da audição e da fala; Perturbações ao nível da memória ou raciocínio, entre outras.

Assim, etiologicamente, as DAE podem surgir de alterações neurológicas, na estrutura e função cerebral, afetando, deste modo, a capacidade do indivíduo perceber, armazenar, recuperar e/ou comunicar informação (Cortiella e Horowitz, 2014; Correia, 2008). Por sua vez, estas podem advir de fatores que afetem o cérebro em desenvolvimento, antes do nascimento (tais como doença materna grave, consumo de drogas e álcool pela mesma, desnutrição materna), durante o nascimento (e.g. baixo peso à nascença, nascimento prematuro ou prolongado e privação de oxigénio) e após o nascimento (como é o caso de lesões traumáticas, exposição a substâncias tóxicas ou privação nutricional grave) (Cortiella e Horowitz, 2014).

No que diz respeito ao seu diagnóstico, no DSM-5, surge um único diagnóstico, denominado por **Perturbação Específica da Aprendizagem**, ao qual deverá ser associado um especificador, mediante o domínio académico afetado (Leitura, Expressão escrita; Matemática) (APA, 2013). Este deverá ser estabelecido tendo por base todo o historial do sujeito (neurodesenvolvimento, médico, familiar e educacional), relatórios psicoeducacionais baseados nos resultados de testes de avaliação, e resposta à intervenção (APA, 2013). Assim, importa salientar que estas não são o mesmo que insucesso escolar (APA, 2013). Além do mencionado, destaca-se positivamente o facto de já não ser realizada uma comparação do desempenho académico com o QI (Prior e Pereira, 2012)

Além do mencionado, perante as dificuldades detetadas no e sentidas pelo indivíduo com DAE, as principais áreas de intervenção dizem respeito à leitura, ao cálculo, aos métodos de estudo, à linguagem oral, à consciência fonológica, aos aspetos cognitivos (como a atenção, a memória e a metacognição), à perceção visual e auditiva e à psicomotricidade (lateralidade, esquema corporal, estruturação espaço-temporal e motricidade fina) (Ribeiro, 2010).

Atualmente, em Portugal o termo DAE encontra-se generalizado, sendo utilizado quer por entidades oficiais, como o Ministério da Educação e Conselho Nacional de Educação, quer por entidades não oficiais, tais como a comunicação social, técnicos e pais (Cruz, 2011). Por sua vez, importa destacar que, em contexto escolar, é de suma importância que sejam fornecidos os apoios necessários, referenciando-se para isso o Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de Janeiro, o qual indica que “ As crianças e os jovens com necessidades educativas especiais de carácter permanente têm o direito ao reconhecimento da sua singularidade e à oferta de respostas educativas adequadas”.

1.4.1.1 Disgrafia

A disgrafia é uma dificuldade associada à componente escrita, mais especificamente na sua codificação, caracterizando-se deste modo por problemas ao nível da execução gráfica e da escrita de palavras (Cruz, 2009). Assim, esta consiste numa perturbação de tipo funcional, afetando a qualidade da escrita (Torres e Fernández, 2001), sendo a componente motora que se encontra comprometida (APPDAE, 2014), tornando a grafia praticamente ilegível (Cinel, 2003).

Investigações internacionais chegaram ao consenso de que, apesar da diversificação das DA, o maior enfoque recai sobre a dislexia e a disgrafia, em cerca de 80% (Fonseca, 2010a).

Neste seguimento, existe um conjunto de sinais indicadores de uma possível disgrafia, entre os quais (APPDAE, 2014; Torres e Fernández, 2001): uma postura incorreta; pega do instrumento de escrita de forma incorreta; alterações na preensão e pressão exercidos no instrumento de escrita; alterações no ritmo de escrita (demasiado lento ou rápido); tamanho da letra muito grande; inclinação das letras; ligação entre as letras distorcidas (letras desligadas ou sobrepostas).

Assim, Cinel (2003) aponta possíveis problemas que poderão estar na origem da disgrafia, nomeadamente: perturbações na motricidade fina e global; dificuldades na coordenação visomotora; dificuldades na organização espaço-temporal; alterações na lateralidade; e as falhas a nível pedagógico.

Relativamente às **perturbações na motricidade fina e global**, estas encontram-se associadas à falta de coordenação entre aquilo que a criança pretende fazer e aquilo que ela efetivamente realiza, o que dificulta a sua expressão através do corpo (Cinel, 2003). Quanto às **dificuldades na coordenação visomotora**, estas verificam-se ao nível do acompanhamento visual dos movimentos dos membros (superiores e inferiores) ou de

todo o corpo, perante a resposta a um estímulo visual (Cinel, 2003). Por sua vez, as **dificuldades na organização espaço-temporal** dizem respeito às dificuldades da criança na orientação e estrutura do espaço e do tempo, os quais deverão estar adquiridos previamente à construção do sistema de escrita da criança (Cinel, 2003). Já as **alterações na lateralidade**, encontram-se associadas à dominância lateral e poderão derivar de alterações no esquema corporal (Cinel, 2003). Por último, as falhas a nível **pedagógico** consistem nas falhas que se verificam no processo de ensino, nas estratégias adotadas de ensino desadequadas ou no desconhecimento.

1. 5. Intervenção psicomotora nas Dificuldades de Aprendizagem

A psicomotricidade possui cada vez maior importância no desenvolvimento global da criança, uma vez que considera não só a componente psicomotora mas também a cognitiva e sócio-afetiva (Pereira, 2011). Deste modo, o objetivo da Intervenção Psicomotora na infância centra-se na globalidade da criança, tendo em conta tanto os aspetos funcionais, como os relacionais, pelo que, quando aplicada precocemente, tenderá a desenvolver e aumentar o potencial físico, intelectual e afetivo das crianças (Martins, 2007).

Através desta prática de mediatização corporal, é permitido à criança reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da regulação tónica, possibilitando posteriormente a apropriação dos processos simbólicos, com forte acentuação da componente lúdica (Silva, 2010).

A psicomotricidade deve então ser considerada como uma educação de base, na medida em que esta condiciona todas as aprendizagens pré-escolares e escolares (Gromowski e Silva, 2014). Esta leva a criança a tomar consciência do seu corpo, da sua lateralidade, a situar-se no espaço, a dominar o seu tempo, bem como a adquirir habilmente a coordenação dos seus gestos e movimentos (Gromowski e Silva, 2014).

No âmbito das perturbações do desenvolvimento e aprendizagem, nas quais se inserem as DAE, a psicomotricidade surge como intervenção de carácter reeducativo e terapêutico, na medida em que se encontra comprometido um normal desenvolvimento e a aprendizagem da criança (APP, 2012a). Paralelamente, podem surgir problemas de âmbito psicoafetivo e de base relacional, que podem afetar a adaptabilidade do indivíduo (APP, 2012a).

Face ao exposto, a intervenção psicomotora atua em variados domínios, entre os quais a Aprendizagem, pelo que, segundo a APP (2012a):

O Psicomotricista intervém em situações de: dificuldades na aprendizagem dos processos simbólicos (leitura, escrita e aritmética), dificuldades na gestão dos processos de atenção (seleção, focalização e coordenação de estímulos), problemas de memória e percepção (identificação, discriminação e interpretação de estímulos visuais, auditivos ou tácteis), problemas emocionais (instabilidade emocional, baixa auto-confiança, baixa tolerância à frustração), problemas na autorregulação do comportamento (impulsividade, agitação, desinibição, agressividade, oposição) ou outras funções executivas (capacidade de planeamento, a monitorização da própria ação, a capacidade de síntese e análise) e problemas psicomotores propriamente ditos (dificuldades na regulação tónica, no equilíbrio, na estruturação espaço-temporal, na noção do corpo, na lateralidade, na motricidade global, na motricidade fina manual e na óculo-motricidade), trabalhando sobretudo a partir de **propostas de carácter motor** e com recurso às componentes **verbal e não verbal** da comunicação. (p.2)

Neste seguimento, a intervenção psicomotora permitirá potencializar o desenvolvimento da função simbólica; o desenvolvimento de habilidades corporais como o equilíbrio, coordenação, dissociação, orientação espacial e temporal, através da prática de uma ação pedagógica desinibidora, que proporcione situações receptivas, seguras e gratificantes; e a elaboração da noção corporal, uma vez que, com um melhor entendimento sobre si mesma, verifica-se uma melhor compreensão em relação às outras pessoas e ao seu ambiente/envolvimento (Silva, 2010). Complementarmente, a intervenção sobre a componente emocional é igualmente importante, dando particular importância ao processo relacional, e à componente cognitiva, salientando as funções da atenção, do processamento sensorial e percetivo, da planificação motora, da antecipação, da simbolização e da regulação verbal da ação, privilegiando o pensar antes de agir (Fonseca, 2005).

Assim, cabe ao **psicomotricista** mediatizar a relação da criança com o meio envolvente (Fonseca, 2005; Fonseca 2006), devendo o mesmo estar ativamente envolvido no processo terapêutico, questionando-se e refletindo as suas atitudes, com o intuito de ampliar a sua compreensão e modificar atitudes na relação consigo e com os outros (Martins, 2001). Deste modo, o psicomotricista deverá não apenas elaborar tarefas e controlar a execução motora da criança, mas também interagir intencionalmente com a

mesma, proporcionando-lhe segurança afetiva e autoconfiança, despertando ao mesmo tempo a sua criatividade, organização e planeamento da expressão motora (Fonseca, 2005; Fonseca 2006).

1.5.1. Intervenção Psicomotora na Disgrafia

Camargo (2010) salienta a importância da realização de uma avaliação psicomotora em crianças disgráficas, referindo que o corpo é o suporte indireto da escrita. Assim, se a criança não apresentar um adequado controlo dos seus movimentos, uma capacidade de equilíbrio, um adequado planeamento e representação mental dos seus gestos, uma percepção espaço-temporal ajustada, e uma capacidade de representação e percepção corporal, então evidenciará dificuldades em controlar e coordenar os movimentos inerentes ao ato de escrever (Camargo, 2010). Deste modo, o desenvolvimento psicomotor surge como primeiro aspeto a intervir na reeducação do grafismo, seguindo-se o desenvolvimento do grafismo propriamente dito, para posteriormente se trabalhar a especificidade do grafismo da criança (Camargo, 2010).

Complementarmente, Picq e Vayer (1977 cit in Domínguez, 2013) referem que a reeducação a este nível engloba três âmbitos de intervenção, nomeadamente: a educação psicomotora geral; a educação psicomotora diferenciada; e exercícios grafomotores. Quanto à **educação psicomotora geral**, esta engloba o desenvolvimento da relaxação global e segmentar; do esquema corporal; da lateralidade; da organização espacial; e da coordenação sensório-motora (Picq e Vayer, 1977 cit in Domínguez, 2013). Por sua vez, a **educação psicomotora diferenciada** envolve o trabalho mais mecânico, na estimulação da liberdade dos movimentos do braço em função dos grafismos a realizar pela criança; a liberdade dos movimentos da mão e dos dedos (no qual se estimula uma adequada pressão e preensão); e a educação das capacidades percetivas (Picq e Vayer, 1977 cit in Domínguez, 2013). Por fim, são realizados **exercícios grafomotores**, após se encontrem adquiridas as capacidades percetivas (Picq e Vayer, 1977 cit in Domínguez, 2013).

2. Enquadramento Institucional Formal

2.1. Caraterização e Objetivos

A DisClínica caracteriza-se por um projeto fundado em 2014, com o intuito de criar uma equipa multidisciplinar, que oferecesse uma reposta especializada e de qualidade a crianças com Dificuldades de Aprendizagem e/ou Problemas do Desenvolvimento. Neste seguimento a DisClínica visa acima de tudo prestar um serviço o mais abrangente e especializado possível, com os principais objetivos de:

- Atendimento de crianças com Dificuldades de Aprendizagem e/ou Perturbações do Desenvolvimento, proporcionando investigação, avaliação e intervenção adequada.
- Constituir uma equipa de referência no âmbito da avaliação de crianças com Dificuldades de Aprendizagem e respetiva intervenção.
- Desenvolver atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica e produção de materiais no âmbito da Leitura, Escrita e Matemática.

Numa fase inicial do estágio, a DisClínica tinha o seu espaço físico na Malo Clinic Lisboa na área *Medical Care*, a qual beneficia de um conceito de medicina integrada, que procura assegurar assistência pré-natal e todos os cuidados de saúde ao bebé, criança e adolescente (Malo Group, 2015).

Mais recentemente a sua equipa estabeleceu uma parceria com as Clínicas Leite, passando a desempenhar as suas funções nas instalações desta clínica, localizada no Parque das Nações. Esta instituição tem como objectivo primordial constituir uma referência na área da saúde privada, fornecendo serviços de excelência, e perspectivando o seu crescimento a outras especialidades clínicas que se destaquem pela sua inovação (Clínicas Leite, 2012).

2.2. A Equipa DisClínica

A DisClínica é constituída por técnicos das diferentes áreas de avaliação e intervenção, com o objetivo primordial de prestar um apoio especializado e um serviço que dê resposta a todas as necessidades da sua população alvo e respetivas famílias.

Assim, esta equipa multidisciplinar é constituída por uma Oftalmologista, uma Audiologista, um Pediatra do Desenvolvimento, uma Psicóloga Clínica, 2 Psicomotricistas, uma Psicopedagoga, uma Terapeutas da Fala e um Professor especialista em Dificuldades de Aprendizagem.

Modelo de atendimento

O modelo de atendimento da DisClínica envolve a cooperação entre as várias áreas que constituem a equipa, de forma a proporcionar uma melhor resposta terapêutica e o mais eficaz possível. Importa referir também que, no decorrer de todo o processo, é realizada uma articulação periódica com a família e a escola.

Neste seguimento, a figura 1 caracteriza este mesmo modelo:

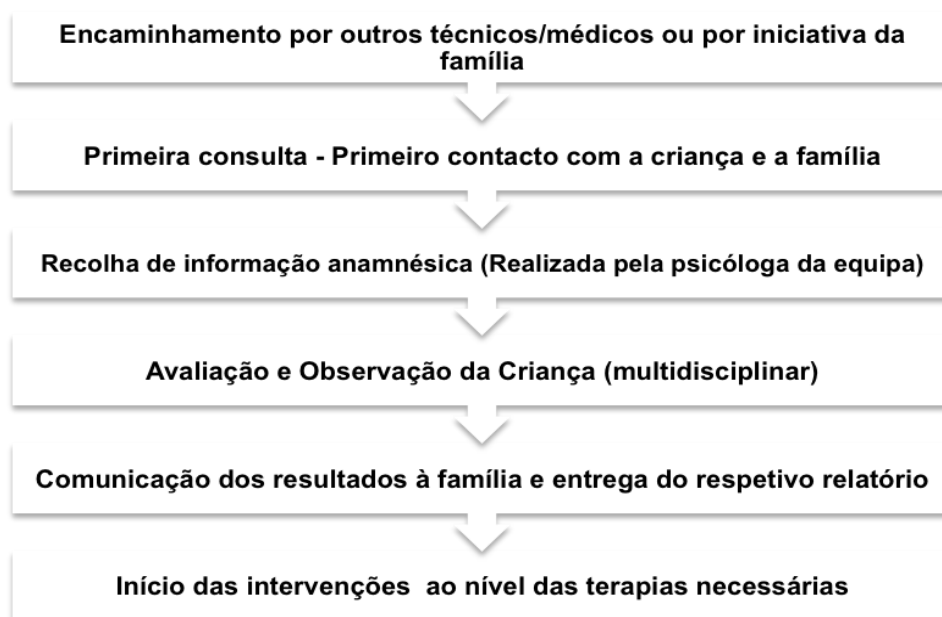


Figura 1- Modelo de Atendimento da DisClínica

A criança e sua família chegam à DisClínica à procura de respostas para as suas necessidades, vindo por encaminhamento por parte de outros técnicos ou por iniciativa própria da família. Neste seguimento, é marcada uma primeira consulta, realizada pelo coordenador da equipa, para um primeiro contacto com os pais e com a criança. Posteriormente, os pais são recebidos pela psicóloga da equipa, para realização de uma entrevista, com o objetivo de recolher informação detalhada acerca da criança e da sua

família (recolha de dados anamnésicos), para uma melhor compreensão das suas queixas e reais necessidades.

Posteriormente, com base nas informações recolhidas na entrevista, é realizado o encaminhamento da criança para as diferentes especialidades, entre as quais a Psicomotricidade, para que seja realizada uma avaliação multidisciplinar. A DisClínica dá assim destaque à avaliação multidisciplinar, na qual cada técnico avalia a criança no âmbito sua área de especialização, para, posteriormente, em reunião de equipa, se chegar a um diagnóstico final.

Importa ainda referir que, após realizada a avaliação em cada uma das especialidades é elaborado um relatório multidisciplinar, com os resultados obtidos nas mesmas. Nesse mesmo relatório, é ainda preenchida uma tabela, respeitante à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), sendo que cada técnico preenche a parte inerente à sua área de intervenção.

Posteriormente, cada técnico organiza o plano de intervenção respeitante à sua área, com base nos resultados obtidos e nas características próprias de cada criança, elaborando os objetivos necessários a alcançar e respetivas áreas do Desenvolvimento a trabalhar.

2.3. Atividades desenvolvidas

As atividades desenvolvidas pela DisClínica podem dividir-se em diferentes vertentes, nomeadamente: Avaliação e Intervenção; Atividades Formativas; Atividades Científicas e a Produção de Materiais. Neste seguimento, torna-se fundamental aprofundar cada uma delas.

2.3.1. Avaliação e Intervenção

A avaliação e intervenção das diferentes áreas relacionam-se entre si, na medida em que a criança/adulto é vista como um todo. Assim cada especialidade está direcionada para campos específicos, dentro da avaliação multidisciplinar (Ferreira, Piçarra, Fontes, Vinhas, Pereira e Gamboa, 2015). Segue-se uma breve descrição de cada uma delas, com base no artigo elaborado pela equipa, que se intitula por “A Importância de uma Avaliação Multidisciplinar” (Ferreira, Piçarra, Fontes, Vinhas, Pereira e Gamboa, 2015). Além de abordar a importância da realização de uma avaliação multidisciplinar, especifica

o trabalho desempenhado pelas diferentes áreas de intervenção que compõem a DisClínica:

Oftalmologia- Estudo do Processamento Visual

Ao nível desta especialidade, é realizado o estudo do processamento visual, o qual desempenha um papel fundamental ao nível da aprendizagem. Deste modo, é essencial que a capacidade de processamento visual seja desenvolvida para que a criança atinja uma velocidade razoável no sentido de alcançar a fluência na leitura. Assim, quando o referido não se verifica, esta passa a ser uma das áreas a avaliar, para detecção e análise de fatores, tais como a capacidade de descodificação, codificação e organização visual.

Em face ao exposto, são avaliadas áreas cerebrais responsáveis pelo processamento visual, que se localizam nos lobos occipital, parietal e temporal. Estes encontram-se relacionados com a descodificação do código escrito (leitura), assim que a criança deva estar apta para a discriminação das palavras num contexto mais complexo e abrangente, tais como as estruturas de um texto (frase, parágrafo..).

Audiologia- Estudo do Processamento Auditivo

Ao nível da Audiologia, a avaliação é fundamental para analisar a forma como o sujeito deteta e interpreta os sons recebidos pelo ouvido. Esta avaliação inclui uma avaliação médica otorrinolaringológica e a realização de exames auditivos convencionais, de modo a perceber a capacidade do sujeito em detetar a presença dos sons em diferentes intensidades. Neste seguimento, e na presença de dificuldades académicas, linguísticas, ou na comunicação, é proposta uma avaliação do Processamento Auditivo.

Quando surgem indicações de alguma alteração ao nível do exame audiológico simples, o médico otorrinolaringologista estipula a melhor forma de intervenção. Por outro lado, quando se verificam alteração apenas ao nível do processamento auditivo, a intervenção é realizada pela Terapeuta da Fala especializada na área, a qual realizará uma intervenção baseada nos défices de processamento auditivo, recorrendo a estratégias compensatórias, treino auditivo e modificações ambientais. Em face ao exposto, estas serão essenciais para a melhoria da capacidade e análise de informação auditiva.

Psicologia Clínica

A avaliação ao nível desta especialidade consiste na aplicação de baterias de testes necessários à perceção das capacidades intelectuais, desenvolvimento da personalidade e do funcionamento emocional da criança/adolescente/adulto. Trata-se de uma etapa fundamental para definir e delinear um diagnóstico pela equipa multidisciplinar, na medida em que obtém informações precisas acerca do que poderá estar na origem das dificuldades do sujeito, tornando-se determinante para as seguintes etapas necessárias ao nível de outras especialidades.

Deste modo, a intervenção em Psicologia Clínica baseia-se nas dificuldades observadas nos momentos de avaliação e, procurando adequar-se às particularidades de cada caso, visa promover o desenvolvimento harmonioso e o bem-estar emocional.

Psicopedagogia

A avaliação a este nível objetiva despistar dificuldades de aprendizagem da criança, considerando o seu ciclo de vida, assim como as componentes psicológicas, psicofisiológicas e psicossociais, utilizando-se igualmente, instrumentos de avaliação mediante a problemática em causa.

No que refere à intervenção psicopedagógica, esta passa pelo recurso a estratégias e modelos de intervenção variados, consoante o diagnóstico e as principais dificuldades da criança, tanto a nível preventivo como educativo. Assim, as estratégias utilizadas têm como objetivo a estimulação e recuperação dos processos cognitivos, emocionais e pedagógicos, de forma a promover o desenvolvimento do pensamento, da aprendizagem e da afetividade da criança.

Psicomotricidade

No que diz respeito à avaliação psicomotora, esta procura antes de tudo traçar perceber as competências psicomotoras, de modo traçar o perfil e desenvolvimento psicomotor da criança/adolescente/adulto. Desta forma, suporta a identificação e intervenção nas dificuldades de aprendizagem.

A avaliação é realizada, geralmente, através da aplicação da Bateria Psicomotora (Vitor da Fonseca, 1975), que avalia competências referentes aos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Pode no entanto ser necessária a aplicação de outros instrumentos

de avaliação, de acordo com as características específicas de cada criança e respetivas queixas da família. Um outro instrumento utilizado consiste no **Reversal Test** (Edfeldt, 1955), que consiste numa prova cujo objetivo é avaliar a perceção visual – discriminação e posição espacial – podendo detetar possíveis dificuldades da criança no momento em que inicia ou prossegue a aprendizagem da leitura.

Assim, num contexto lúdico e corporal, na Intervenção Psicomotora recorre-se ao jogo e ao movimento como instrumentos privilegiados na promoção de um adequado desenvolvimento psicomotor, comportamento sócio-emocional e da aprendizagem. Esta área permite, assim, potenciar uma melhor integração escolar e social.

Em suma, a Intervenção Psicomotora apresenta como meta a potencialização das capacidades do indivíduo, procurando otimizar o seu desempenho nas áreas menos fortes e possibilitar o *transfer* para situações do quotidiano. Importa destacar que as áreas fortes da criança constituem-se como potenciadoras da motivação para a intervenção.

Terapia da Fala: Intervenção ao nível de Perturbações da Leitura e da Escrita

A avaliação em terapia da fala no âmbito das perturbações da leitura e escrita consiste no estudo detalhado de competências ao nível da linguagem ou outras que afetem o bom desempenho no âmbito da leitura e da escrita. Esta poderá ser realizada a crianças com idade pré-escolar, focando-se nas pré-competências da leitura e de escrita, a todas as idades escolares, podendo inclusive aplicar-se à idade adulta, sempre que a funcionalidade do indivíduo esteja em causa. Deste modo, os instrumentos utilizados têm em conta a faixa etária e a problemática em causa, utilizando-se os que mais se adequam às mesmas.

Por sua vez, a intervenção a este nível tem como objetivo atuar ao nível das dificuldades e/ou alterações ao nível da linguagem, os quais influenciem a leitura e a escrita, do mesmo modo que visa estimular as competências linguísticas que permitam o desenvolvimento adequado de competências escolares, profissionais entre outras, maximizando a funcionalidade e um melhor desempenho do sujeito. Deste modo, a intervenção é planeada em função faixa etária e tendo por base as dificuldades verificadas através da avaliação.

Terapia da Fala: Intervenção nos défices de Processamento Auditivo

Tendo em conta os resultados obtidos através da avaliação do processamento auditivo, a intervenção a esse nível tem como principal objetivo estimular as competências auditivas que se encontram na base do tratamento do sinal acústico, isto é, na base da compreensão daquilo que ouvimos. Assim sendo, caso se verifique alterações neste processo por parte da criança, levará a que ela não consiga interpretar corretamente os sons, na medida em que, para que isso aconteça, as diferentes competências auditivas deverão encontrar-se devidamente organizadas e estruturadas.

Portanto, o treino auditivo trata-se de uma intervenção não invasiva na qual se proporciona ao paciente diferentes experiências sonoras. Assim, dá-se a escutar ao paciente palavras e frases, com ou sem distorção, podendo em seguida propor-se que repita o que escutou, que escreva ou que aponte para uma imagem, mediante as suas dificuldades específicas.

Treino da Leitura e Escrita – Dislexia e Disortografia

Ao nível do treino da leitura e da escrita, importa aferir, antes de tudo, em que nível a criança se encontra no que refere às pré-competências que tem como facilitadoras da aprendizagem da leitura e da escrita. De igual modo, é essencial a aplicação de testes pedagógicos que permitam perceber os défices neste âmbito.

Assim, de acordo com o diagnóstico, a intervenção a este nível prende-se com a estimulação das áreas cerebrais ligadas ao processo da Leitura e da Escrita, em articulação com outras áreas que eventualmente se tenham revelado necessárias a estimulação.

2.3.2. Atividades Formativas

Em parceria com o Centro de Formação do SEPLEU- Sindicato dos Educadores e Professores Licenciados pelas Escolas Superiores de Educação e Universidades, as atividades formativas da DisClínica dizem respeito à organização de cursos e *workshops*, por parte da coordenação da mesma.

Toda a equipa da DisClínica é convidada a participar nos mesmos, no entanto estes são abertos à comunidade, destinando-se de um modo geral a profissionais da área da educação e saúde e estudantes.

2.3.3. Atividades Científicas

As atividades científicas da DisClínica caracterizam-se essencialmente pela organização de Congressos de nível internacional, tendo como Comissão Organizadora a Dr.^a Ana Severino e o Dr. Rafael Silva Pereira.

Outra vertente passa pela colaboração da DisClínica na elaboração e no processo de validação de instrumentos de avaliação.

2.3.4. Produção de Materiais

Outra das principais atividades da DisClínica prende-se à produção de materiais de estimulação no âmbito da Leitura, Escrita e Matemática e dificuldades inerentes. Dentro desses materiais destacam-se a publicação de livros e a elaboração de materiais didático-terapêuticos.

Capítulo II - Realização da Prática Profissional

No seguimento da exposição dos principais conceitos relacionados com a prática realizada durante este estágio profissionalizante e do enquadramento institucional do mesmo, o segundo capítulo prende-se com a descrição de todas as atividades realizadas durante o período de estágio. Nele pretende-se destacar os processos inerentes à intervenção psicomotora na DisClínica, nomeadamente, a avaliação, a intervenção propriamente dita e uma breve apresentação dos casos acompanhados.

Antes de prosseguir, importa referir que a estagiária já desenvolvia atividades associadas à Psicomotricidade em colaboração com a DisClínica tendo daqui surgido a oportunidade de realização do estágio profissionalizante nesta equipa multidisciplinar.

1. Calendarização das atividades

O estágio profissionalizante em apresentação teve início a 28 de Setembro de 2015. Previamente, no dia 2 de Setembro de 2015, ocorreu uma reunião com a orientadora local (Dra. Carolina Piçarra) e o coordenador da equipa (Prof. Doutor Rafael Pereira), na Malo Clinic Lisboa, para definir as atividades que seriam desenvolvidas no âmbito do estágio e os objetivos das mesmas. Posteriormente, no dia 23 de Setembro de 2015, foi realizada uma reunião com o orientador académico (Professor Doutor Vítor Cruz) e a orientadora local, na qual foram igualmente debatidas as atividades que poderiam ser incluídas no âmbito do estágio profissionalizante, bem como a sua importância para o mesmo.

Uma informação importante a ter em conta consiste no facto de que, embora tenham sido estipuladas e definidas atividades a desenvolver, muitas outras poderiam surgir ao longo do processo. Esta questão justifica-se pelo facto de a DisClínica ser alvo de constantes propostas, tendo em conta as atividades que a mesma desenvolve e que foram descritas anteriormente na caracterização da instituição.

Deste modo, é possível organizar todos os procedimentos num cronograma, referente tanto ao nível da prática profissional, como das atividades complementares que foram sendo incluídas ao longo do estágio, bem como da elaboração do presente relatório (Consultar tabela 1).

Tabela 1 – Cronograma das atividades

		2015				2016												2017		
		Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.
Reuniões iniciais																				
Integração na equipa																				
Realização da Prática Profissional	Avaliações e Reavaliações																			
	Planos de Intervenção																			
	Planeamento e dinamização de sessões																			
	Atividades complementares																			
Realização e entrega do relatório	Redação																			
	Revisão																			
	Entrega																			

Previamente ao estágio, foi iniciada a integração na equipa da DisClínica, durante o ano de 2015. Esta prévia integração na equipa decorreu no seguimento de uma colaboração anterior em várias atividades desenvolvidas pela DisClínica, tendo sido igualmente a razão para a proposta do estágio profissionalizante decorrer nesta equipa.

Uma vez que a DisClínica é um projeto recente, encontra-se em fase de crescimento. Deste modo, os casos que aqui chegaram foram surgindo ao longo de todo o processo inerente ao estágio. Neste seguimento, as avaliações, os planos de intervenção, o planeamento e dinamização de sessões foram realizadas durante todo esse período, mediante o encaminhamento das crianças para Intervenção Psicomotora. Inerente a todo este processo, decorreu o primeiro contacto com todos os pais e um acompanhamento permanente dos mesmos, na medida em que no final de cada sessão eram lançadas propostas de atividades a serem realizadas em casa, em momentos de lazer conjuntos com a sua criança.

Importa ainda destacar as atividades complementares, uma vez que as mesmas ocuparam grande parte do tempo despendido no âmbito do estágio. Estas foram surgindo com o decorrer do estágio, uma vez que a DisClínica procura dar resposta a todas as propostas que lhe vão chegando, através de um papel ativo de todos os elementos da equipa, segundo uma abordagem multidisciplinar. Neste seguimento, tendo em conta todas as atividades a desenvolver foi essencial a estipulação de um horário. Além disso, no anexo I, pode ser consultada uma cronologia de todas as atividades desenvolvidas no âmbito do estágio.

2. Horário de Estágio

O horário de estágio foi sendo construído à medida que foram surgindo os casos para avaliação e consequente intervenção, bem como no seguimento das propostas de atividades a realizar complementares ao estágio.

Neste seguimento, o horário de estágio apresenta: o período de tempo destinado à realização de avaliações; os momentos de intervenção dos casos que após avaliação prosseguiram para intervenção; e o horário destinado às atividades complementares. O mesmo encontra-se representado na seguinte tabela.

Tabela 2- Horário de Estágio

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira		
9h00	Atividades complementares	Atividades complementares	Atividades complementares		Atividades complementares		
9h30							
10h00							
10h30							
11h00							
11h30							
12h00							
12h30							
13h00							
13h30							
14h00	Construção de Materiais para Intervenção	Avaliações	Avaliações	Sessão B. B.	Elaboração dos planos de sessão		
14h30							
15h00							
15h30							
16h00				Sessão A. M.			
16h30	Sessão S. F		Reuniões de equipa	Sessão D. M.			
17h00							
17h30	Sessão J. A.						
18h00							
18h30							
19h00							
19h30							
20h00							

Embora o estágio tenha decorrido de acordo com o horário geral presente na tabela 2, importa referir que, por vezes, foram realizadas alterações no mesmo, de acordo com a disponibilidade dos diversos intervenientes na realização de todas as atividades realizadas, ou por situações imprevistas que foram surgindo. No entanto, facilmente foi agilizado o horário, tendo sido possível dar resposta a tudo.

3. População atendida

Durante o período de estágio, foram avaliadas 15 crianças (5 do género feminino e 10 do género masculino). Dessas crianças, foi recomendado a 10 que prosseguissem para Intervenção Psicomotora, tendo em conta os resultados da sua avaliação. No entanto, apenas 5 delas ficaram em intervenção (no anexo II pode ser consultada uma tabela relativa às crianças observadas/acompanhadas).

Neste seguimento, foi possível acompanhar essas 5 crianças, em contexto de sessão individual. Destas 5 crianças, quatro eram do género masculino e uma do género

feminino. Das crianças do género masculino, duas apresentavam um diagnóstico de disgrafia, outra de dislexia e a última de atraso global do desenvolvimento. Já a criança do género feminino apresentava uma paralisia cerebral, mais concretamente hemiparesia direita e dificuldades específicas a nível cognitivo.

Importa lembrar que, das crianças acompanhadas, as intervenções tiveram início e termos em diferentes alturas. Para cada uma das crianças acompanhadas, será apresentada uma breve descrição, à exceção do estudo de caso, do qual será realizada uma abordagem mais aprofundada. Todos os casos apresentados foram acompanhados em sessões individuais, com frequência semanal e uma duração de 60 minutos.

4. Processo de Intervenção

O encaminhamento para a Intervenção Psicomotora é realizado mediante toda a informação recolhida na primeira consulta. Neste seguimento, é realizada uma avaliação psicomotora, de forma a traçar o perfil psicomotor da criança, sendo previamente realizado um primeiro contacto com a família, por parte da Psicomotricista. Neste primeiro contacto esclarece-se a família acerca da avaliação e intervenção psicomotora e em que consiste o processo inerente.

Posteriormente, após elaborado o relatório multidisciplinar final e realizada a discussão do mesmo em equipa, bem como dos aspetos do desenvolvimento nos quais se prendem as maiores dificuldades da criança, define-se o tipo de respostas que poderão ser dadas em termos de intervenção.

Sempre que a criança segue para Intervenção Psicomotora, numa fase inicial da intervenção (em pelo menos duas sessões), é realizada uma avaliação informal, a partir dos comportamentos e participação da criança nas atividades propostas, recorrendo a vários testes de avaliação, de acordo com as características que se pretendem observar de forma mais detalhada. Em seguida é elaborado um plano pedagógico-terapêutico, com base nos resultados obtidos a partir da avaliação formal e da observação informal, no qual são estipulados os objetivos que se esperam alcançar com a criança.

No final de todo o processo, após a intervenção Psicomotora, é elaborado um relatório de intervenção, no qual constam as principais conclusões, os principais progressos da criança, assim como é referida a necessidade ou não de continuidades em Intervenção Psicomotora.

4.1. Avaliação/observação Psicomotora

Relativamente à observação formal, na DisClínica é aplicada a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, uma vez que permite obter uma visão global do perfil de desenvolvimento psicomotor da criança. Além disso, esta possibilita ainda despistar dificuldades ao nível da aprendizagem, sendo que as atividades que a compõe permitem verificar o grau de maturidade psicomotora e identificar sinais desviantes, os quais podem auxiliar na compreensão de divergências evolutivas da criança, em situação de aprendizagem escolar (Fonseca, 2010a). Por outro lado, é um instrumento de fácil utilização de baixo custo em recursos materiais.

Ainda dentro da avaliação formal, é aplicado o *Reversal Test* (Edfeldt, 1955) na medida em que permite avaliar a maturidade perceptiva da criança.

Complementarmente, de forma informal, são aplicados os subtestes de precisão motora fina e integração motora fina do teste de proficiência motora de Bruininks-Oserestky (TPMBO-2), pois estes permitem uma análise mais completa de tarefas inerentes à motricidade fina. A utilização de apenas estes dois subteste deve-se ao facto de a DisClínica não dispor do TPMBO-2 na sua totalidade, pelo que são aplicadas apenas as tarefas que não implicam o recurso a materiais da mala do instrumento.

Posteriormente, pelo período de duas a três sessões, é realizada uma observação informal, através da realização de atividades lúdicas e de momentos de exploração livre do espaço e dos materiais. Durante este período é preenchida a Grelha de Observação do Comportamento (GOC), para uma análise sobretudo do comportamento e da relação, bem como do desempenho da criança na realização das tarefas.

Deste modo, é importante caracterizar os instrumentos referidos, pelo que se segue uma breve abordagem dos mesmos.

4.1.1. A Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM), de Vítor da Fonseca, desenvolvida em 1975, consiste num teste psicopedagógico, que permite a deteção de défices funcionais, a nível psicomotor, que podem influenciar o potencial de aprendizagem da criança (Fonseca, 2010a).

Este instrumento surge, como uma forma de captar o perfil psicomotor da criança, não devendo contudo substituir nenhum tipo de exame psicológico ou neurológico, mas sim, servir de instrumento para despiste a potenciais dificuldades de aprendizagem e para a

indicação reeducacional e reabilitacional de crianças e jovens (Fonseca, 2010a). Deste modo, este instrumento destina-se a crianças com idades entre os 4 e os 12 anos, auxiliando na compreensão de problemas de aprendizagem e comportamento (Fonseca, 2010a).

A BPM encontra-se organizada segundo sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, os quais se subdividem, perfazendo um total de vinte e seis subfatores. Apresenta ainda, uma componente dedicada ao aspeto somático e aos desvios posturais (Fonseca, 2010a).

A cotação máxima da BPM é 28 pontos, derivando de um máximo de 4 pontos por cada fator psicomotor, valor este obtido pela média da cotação dos subfactores referentes. Ainda de referir que a cotação média é de 14 pontos e a mínima de 7, determinando esta o tipo de perfil psicomotor da criança (Fonseca, 2010a): Superior (27-28 pontos); Bom (22-26 pontos); Normal (14-21 pontos); Dispráxico (9-13 pontos); Deficitário (7-8 pontos).

4.1.2. O Reversal Test

O *Reversal Test* foi criado por Edfeldt, em 1955 (Diaz, 1980). Este teste tem como principal objetivo averiguar funções básicas como a percepção visual, estruturação espacial, orientação esquerda-direita, entre outras que se constituem como chave para a aprendizagem da leitura (Diaz, 1980). Assim, os seus itens destinam-se a verificar se a criança detém a capacidade de aplicar devidamente as funções analíticas e sintéticas da percepção sobre objetos e imagens, em situação de figura-fundo (Diaz, 1980).

O *Reversal Test* é constituído por 84 pares de figuras. Destes, 42 pares são idênticos, e outros 42 não são idênticos. Por sua vez, dos 42 pares idênticos, 20 apresentam uma simetria direita-esquerda (como a simetria existente entre d e b), seis têm uma simetria cima-baixo (como a que existe entre d e q), cinco têm uma simetria direita-esquerda e cima-baixo (como por exemplo entre d e p). Por último, os restantes 11 pares restantes são totalmente diferentes, não admitindo qualquer simetria.

Neste seguimento, a sua aplicação é simples, devendo a mesma ocorrer num espaço devidamente iluminado, confortável e bem isolado relativamente a ruídos e outras distrações externas (Besora, 1998). Os materiais necessários são apenas um lápis, uma borracha, um cronómetro e um protocolo (Besora, 1998). O referido protocolo é entregue

à criança, no qual a mesma deverá colocar um X sobre os pares de imagens que não são exatamente iguais (Diaz, 1980).

Relativamente à cotação, esta é calculada subtraindo ao número total de figuras (84) o número total de erros. Assim, é considerado erro sempre que a criança (Besora, 1998):

- coloque um X sobre as imagens idênticas;
- sempre que criança não coloque um X nas imagens que não são idênticas.

Posteriormente, recorre-se a tabelas para se averiguar o percentil no qual a criança se situa (Besora, 1998).

4.1.3. Teste de Proficiência motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2)

O TPMBO-2 consiste num teste normativo, que permite avaliar a proficiência motora e identificar défices nas habilidades motoras, sendo aplicável entre os 4 e os 21 anos (Bruininks e Bruininks, 2005). Este apresenta duas versões, nomeadamente, uma completa (com duração de 60 minutos) e uma reduzida (25 minutos) (Bruininks e Bruininks, 2005). Ambas encontram-se organizadas segundo um conjunto de tarefas, as quais avaliam quatro áreas, estruturadas em oito subtestes (Bruininks & Bruininks, 2005): (a) **Controlo manual fino**: precisão motora fina e integração motora fina; (b) **Coordenação manual**: destreza manual e coordenação dos membros superiores; (c) **Controlo do corpo**: coordenação bilateral e equilíbrio; (d) **Força e agilidade**: velocidade de corrida e agilidade e força.

A sua administração é individual e permite o feedback verbal e visual, e a análise dos resultados permite quantificar as competências motoras, podendo o resultado ser obtido através do número de vezes, número de objetos ou período de tempo (Bruininks e Bruininks, 2005).

Como já mencionado, para as avaliações realizadas durante o período de estágio, apenas se aplicam o subteste 1, respetivo à **precisão motora fina**, e o subteste 2, inerente à integração **motora fina**. Relativamente ao subteste 1, este envolve: preenchimento de formas (círculo e estrela); desenhar uma linha através de percursos (labirinto acidentado e labirinto curvado); ligação de pontos; dobrar papel; e recortar um círculo. Já o subteste 2 abrange a cópia de figuras, nomeadamente: um círculo; um quadrado, círculos sobrepostos; uma linha ondulada; um triângulo; um losango; uma estrela e lápis sobrepostos.

Uma vez que o teste foi apenas utilizado informalmente durante o estágio, não foi atribuída uma cotação, tendo este sido analisado apenas qualitativamente.

4.1.4. Grelha de Observação do Comportamento - GOC

A GOC permite o registo dos comportamentos do indivíduo ao longo da intervenção (Marques, Castro, Gonçalves e Martins, 2012). Assim, metodologicamente a sua aplicação é possível no início, meio e final do processo de intervenção (Marques, Castro, Gonçalves e Martins, 2012).

Esta compõe-se por cinco domínios, pretendendo uma abordagem qualitativa dos mesmos, nomeadamente (Marques, Castro, Gonçalves e Martins, 2012): 1) **aspeto somático**; 2) **apresentação**; 3) **comportamento e desempenho da realização da tarefa**; 4) **relação**; e 5) **aspetos psicomotores**.

Relativamente ao seu preenchimento, esta dispõe de algumas instruções, sendo que os itens que se encontram em itálico e assinalados com um (*) deverão ser preenchidos segundo uma escala de frequência. Por sua vez, os restantes itens deverão ser assinalados com um X, sempre que os comportamentos se verifiquem (Marques, Castro, Gonçalves e Martins, 2012). Paralelamente, permite o registo de observações, devendo registar-se todos os aspetos relevantes.

Além de fácil registo, esta não implica o recurso a qualquer material específico nem padronizado para a sua aplicação, podendo ainda ser aplicada independentemente da idade e condição biopsicossocial da criança (Marques, Castro, Gonçalves e Martins, 2012).

4.2. Intervenção Psicomotora

Apesar de adaptadas à necessidade de cada criança, as sessões de intervenção psicomotora na DisClínica apresentam um modelo de sessão. Esta divide-se em quatro momentos, procurando-se seguir uma rotina, sendo esta constituída por: ritual e diálogo inicial; atividades fundamentais; retorno à calma; e diálogo e ritual final.

O **ritual/diálogo inicial**, engloba a receção da criança na sala de espera, a entrada no gabinete, o diálogo sobre o decorrer da semana da criança, bem como o relembrar das atividades desenvolvidas na semana anterior, promovendo a organização temporal das mesmas. Por sua vez, o momento destinado às **atividades fundamentais** prende-se à

realização de atividades elaboradas com base nos objetivos estabelecidos no plano pedagógico-terapêutico, assim como a possíveis atividades sugeridas pela criança (podendo estas ser adaptadas e direcionadas para os objetivos). Já no **retorno à calma**, são realizadas atividades que requerem uma menor atividade física, embora as mesmas tenham igualmente em vista o alcance dos objetivos e tenham em conta as áreas a trabalhar (e.g. atividades de mesa). Por último, e não menos importante, decorre um **ritual/diálogo final**, o qual envolve uma conversa acerca das atividades de que a criança mais gostou ou menos gostou, ou nas quais sentiu menor ou maior dificuldade, a arrumação da sala, terminando com a entrega da criança à família na sala de espera. Por vezes é solicitado à criança que se expresse através do desenho.

O seguimento desta estrutura (rotina) é importante, pois permite proporcionar à criança previsibilidade e, conseqüentemente, segurança, o que é essencial para uma participação mais ativa da mesma, facilitando assim a sua adaptação à intervenção. No entanto, importa referir que, apesar da existência desta rotina, as sessões são adaptadas a cada criança, tendo em conta a sua disponibilidade durante a sessão, pelo que esta não se constitui uma estrutura rígida.

Além do mencionado, priorizou-se uma metodologia semi-diretiva, possibilitando por vezes à criança ser agente participativo na sessão, proporcionando-lhe a possibilidade de escolher o que gostaria de fazer, adaptando sempre as atividades aos seus interesses e domínios a trabalhar. Em todas as sessões era reservado um momento para esse efeito, sendo o mesmo ajustado em função da disponibilidade e motivação da criança. Paralelamente, as atividades desenvolvidas apresentaram tanto uma base instrumental como relacional, tendo estas sido estabelecidas mediante as características próprias da criança e respetivos objetivos a desenvolver, privilegiando-se um caráter lúdico.

Ao longo das sessões foram tidas em conta um conjunto de estratégias quer ao nível da avaliação e da intervenção, quer ao nível da articulação com a família, de forma a maximizar a intervenção, potenciando a sua eficácia. As mesmas encontram-se sintetizadas na figura 2.

Estratégias gerais
Em contexto de avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar linguagem simples e adequada ao nível de cada criança; • Instruções simples e curtas; • Dar todos os feedbacks possíveis para o sucesso da criança na tarefa, sempre que o instrumento aplicado o permita; • Recorrer à demonstração, sempre que o instrumento aplicado o permita; • Reforçar positivamente a criança, no sentido de aumentar a sua motivação.
Em contexto de sessão <ul style="list-style-type: none"> • Planear as sessões de acordo com as necessidades e características individuais da criança; • Ir sempre ao encontro dos interesses da criança; • Utilizar linguagem simples e adequada ao nível de cada criança; • Instruções simples e curtas; • Dar feedbacks do desempenho nas atividades e reforçar positivamente; • Inversão de papéis entre terapeuta e criança; • Recorrer à demonstração sempre que se justifique, mas diminuindo a sua utilização; • Permitir a participação ativa da criança na estruturação da sessão.
Com a Família <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar disponibilidade, sempre com uma atitude empática; • Informar constantemente a família do decorrer e evolução do processo terapêutico; • Perceber as suas principais necessidades, preocupações e interesse da família; • Fornecer estratégias, dando exemplos de atividades que podem desenvolver com a sua criança.

Figura 2 - Estratégias utilizadas no processo de intervenção psicomotora

De um modo geral, as estratégias apresentadas procuraram, sobretudo, criar um espaço onde a criança sentisse segurança e conforto, permitindo-lhe a partilha de emoções, sentimentos, preocupações, bem como interesses e motivações. Por outro lado,

procurou-se que aquela desempenhe um papel ativo no seu próprio processo terapêutico.

Relativamente à família, todas as estratégias apontadas foram estabelecidas de forma a promover uma participação ativa da família no processo terapêutico, procurando escutar ativamente e dar resposta a todas as suas necessidades e interesses, no sentido de potenciar melhores resultados e o alcance dos objetivos estipulados para cada criança.

Em suma, todas as estratégias aqui apresentadas foram essenciais durante o decorrer do processo terapêutico, bem como para o sucesso do mesmo.

4.2.1.Contexto de Intervenção

Relativamente às instalações, numa fase inicial, a DisClínica tinha o seu espaço físico apenas na MALO CLINIC Lisboa. Contudo, em Janeiro de 2016 passou a estar presente também nas Clínicas Leite, situadas no Parque das nações, para onde se mudou por completo em Abril de 2016. Deste modo, apresenta-se em seguida uma breve abordagem das clínicas, bem como dos dois espaços que constituíram o contexto de intervenção psicomotora.

Malo Clinic

A Malo Clinic Lisboa, no espaço *Medical Care*, no piso 3 do edifício, na qual se incluía a DisClínica, a pensar no bem-estar e satisfação dos seus cliente, dispõe de amplos e elegantes espaços de receção e espera (Malo Group, 2015). Assim, a área destinada às intervenções tem início na receção e sala de espera, prolongando-se num conjunto de 20 gabinetes de consulta de Especialidade (Malo Group, 2015). Além disso, as instalações integram ainda um ginásio totalmente equipado para realização de programas de reabilitação física e cardíaca (Malo Group, 2015). Foi neste ginásio que decorreu a maioria das sessões de intervenção psicomotora, na medida em que por vezes foi necessário recorrer a outros gabinetes.

O ginásio de reabilitação

Relativamente ao ginásio de reabilitação física e cardíaca (figura 3), no qual se realizaram a maioria das sessões de psicomotricidade, este caracteriza-se por ser um espaço amplo, com boa luminosidade e com temperatura climatizada. Nele podem encontrar-se uma vasta gama de materiais que foram bastante úteis nas sessões,

nomeadamente: colchões, bolas de vários tamanhos, almofadas e um grande espelho. Além do mencionado, o ginásio dispõe de uma secretária e duas cadeiras, que foram essenciais para as atividades cujas tarefas se voltavam essencialmente para a motricidade fina/ grafomotricidade.



Figura 3- Ginásio de Reabilitação na Malo Clinic

Clínicas Leite

As Clínicas Leite destacam-se pelos avanços que trouxeram para a área oftalmológica, no entanto, na atualidade esta dispõe ainda de outras unidades tais como: a Unidade Personalizada de Atendimento Familiar, a Unidade de Psicologia (UPSI) e a Unidade Facial Integrada. Neste seguimento, a DisClínica integrou a UPSI que, na clínica de Lisboa, representa a ÁREA D da mesma. Esta área é composta por cinco gabinetes, partilhados pelas diferentes especialidades de que a equipa dispõe.

Deste modo, também as Clínicas Leite dispõe de amplos espaços de receção e espera, pelo que a área destinada às intervenções tem início na receção e sala de espera.

O gabinete de intervenção psicomotora

O gabinete destinado às sessões de intervenção psicomotora nas Clínicas Leite (figura 4) apresenta-se como um espaço amplo, com boa luminosidade e temperatura climatizada. É composto por uma janela em toda a sua largura e uma porta direcionada para o corredor principal de acesso à sala de espera. Dispõe ainda de uma secretária e três cadeiras, um armário para armazenar os trabalhos e os materiais, um tapete de esponja para realização de atividades no chão e cones.

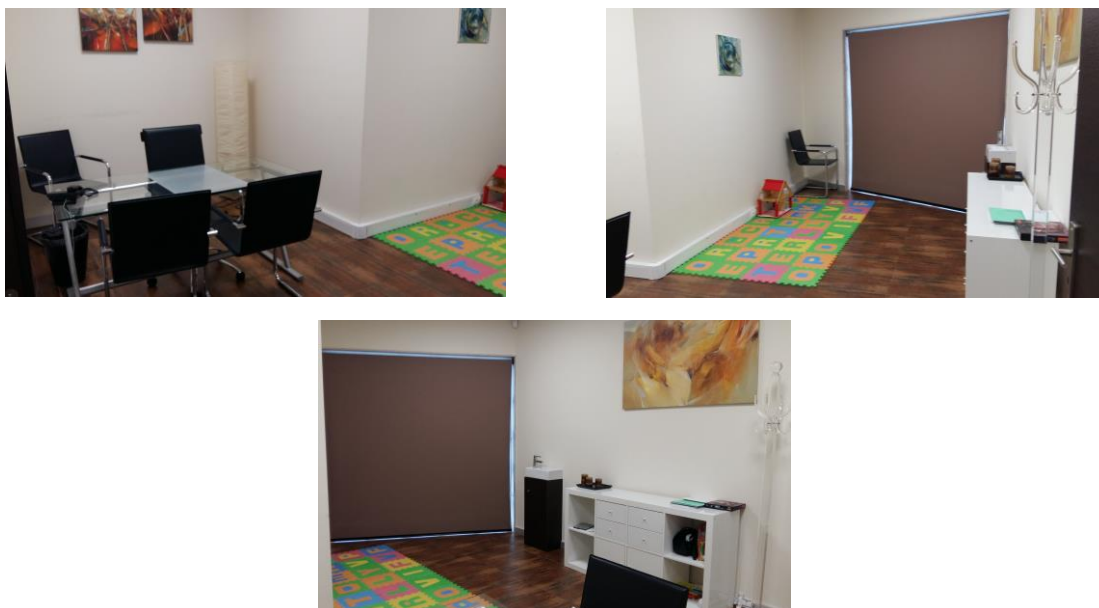


Figura 4 - Gabinete de Intervenção Psicomotora na Clínicas Leite

4.2.2. Os materiais de intervenção

Além dos materiais existentes nos contextos anteriormente descritos, a grande maioria das sessões foram realizadas recorrendo a materiais adquiridos e disponibilizados pela psicomotricista estagiária. Os referidos materiais, especificamente orientados para as crianças, além da sua variedade eram todos desmontáveis. Esta última característica teve como fundamento a possibilidade de integrar um *Trolley*, para fácil transporte dos mesmos de uma clínica para a outra. Uma vez que nem todos os materiais encaixavam no *Trolley*, os mesmos iam sendo trocados em função das crianças com as quais se iria intervir no dia respetivo.

Nestes estão incluídas bolas de diferentes tamanhos e texturas, arcos desmontáveis de cores diferentes, peças de construções em madeira, alguns instrumentos musicais, um jogo “quatro em linha”, tintas, lápis de cor, balões, plasticina e peças de modelar, missangas e fios, uma corda, duas raquetes, letras e números plásticos de várias cores, entre outros. No anexo III podem observar-se algumas imagens dos referidos materiais.

Além destes materiais, por vezes tornou-se necessária a construção de outros.

Construção de materiais

Com o decorrer do estágio e dada a escassez de materiais, sentiu-se a necessidade de construir alguns materiais, adaptados às características e necessidades das crianças em

intervenção. Alguns desses materiais foram construídos em conjunto, pela terapeuta e a criança à qual se destinava, tendo permitido deste modo trabalhar inúmeras áreas do desenvolvimento, tendo sempre em vista os objetivos a alcançar.

Para isso, teve-se sempre em conta que, nessa construção de materiais e desenvolvimento das atividades inerentes, é fundamental ter em conta não só os interesses das crianças, mas também o seu nível cognitivo e linguístico, devendo ser tudo pormenorizadamente pensado (Lima, 2012).

4.2.3. Crianças Acompanhadas

Como já mencionado, durante as atividades de estágio foi possível intervir de forma individual com 5 crianças, com diferentes problemáticas e idades. Embora não seja possível apresentar cada caso de forma detalhada, segue-se uma síntese de quatro delas. Posteriormente, no capítulo seguinte, será apresentada a quinta criança (estudo de caso) de forma mais pormenorizada. Em todos os casos apresentados, foram respeitados todos os procedimentos éticos necessários (consultar o consentimento informado aplicado, no anexo IV)

Criança 1 - A. M.

O A.M. nasceu no dia 15 de outubro de 2008. Embora tenha sido adoptado, sabe-se que a mãe era jovem e adolescente, tendo sido a gravidez seguida apenas a partir das 30 semanas. O parto decorreu às 38 semanas, por parto eutócito. Aos 15 dias de vida foi para uma instituição onde permaneceu até aos 17 meses, altura em que foi adotado pela família atual.

Relativamente ao desenvolvimento psicomotor, aos 8 meses o A. M. começou a gatinhar e aos 14 meses a andar.

Sabe-se ainda que começou as primeiras palavras aos 9 meses e até aos 18 tinha um dialeto muito próprio que apenas a mãe adotiva conseguia entender. Aos 2 anos já construía frases, contudo necessitou de ser acompanhado em Terapia da Fala.

Quanto ao percurso socioeducativo, entrou para o pré-escolar com 4 anos, sendo esta entrada descrita pelos pais como “difícil”, visto que o A. “chorava muito já no dia anterior à ida para a escola”. Foi referido que não saía de perto da educadora, não interagindo

com os colegas. Atualmente, o A. encontra-se prestes a integrar o 2º ano de escolaridade. Já não chora e já integra a rotina.

É um menino bastante autónomo, come sozinho, mas com dificuldade no uso da faca para cortar. Veste-se e despe-se sozinho com maior dificuldade em apertar botões. Para calçar, não tinha ainda treinado apertar os atacadores. Segundo os pais, “adora tarefas domésticas, põe a mesa, aspira, tira café.”

O A.M. tem astigmatismo desde os 30 meses, pelo que usa óculos. Teve também problemas respiratórios, nomeadamente asma, com a primeira crise aos 20 meses, prolongando-se até aos seus 4 anos. Fez terapia da fala desde os 2 anos, durante 2,6 anos, uma vez por semana. Além do mencionado, faz ginástica 2 vezes por semana e anda na música e é ainda acompanhado em psicoterapia na DisClínica.

Chegou à DisClínica por iniciativa dos pais, com o objetivo de perceber a sua condição e prepará-lo para a entrada do novo ciclo de escolaridade.

Ao nível da avaliação/observação psicomotora inicial o A.M. apresentou-se uma criança bem-disposta, desinibida e comunicativa. No entanto, revelou dificuldade em estabelecer relação com o adulto e na colaboração nas tarefas. Este demonstrou um comportamento imaturo, explorando o espaço e os materiais envolventes de uma forma bastante individual, resistindo à interação com a terapeuta. Mostrou ainda dificuldades em cumprir regras, resistindo em realizar as atividades elaboradas pelo outro, contrapondo com comportamentos de oposição. Além do mencionado, verificaram-se dificuldades em permanecer atento e centrado nas tarefas durante períodos de tempo prolongado.

A intervenção teve por base atividades que incidiram não apenas nas dificuldades psicomotoras, mas sobretudo ao nível do comportamento e da atenção. Ao longo da mesma, verificou-se uma evolução significativa ao nível da relação e os comportamentos de oposição regrediram. Nas tarefas de motricidades fina, tais como desenho, pintura, recorte, entre outros, o A.M. apresenta uma menor motivação, recusando-se por vezes em realizar as mesmas. No entanto, foi permanecendo cada vez mais atento às tarefas, realizando-as de forma motivada, precisando contudo de constante orientação e reforço para a realização das mesmas. A este nível, foi muitas vezes necessário recorrer às ajudas físicas.

Após o processo de intervenção, foram notórias melhorias sobretudo ao nível da motricidade global, mais concretamente ao nível da coordenação dos membros superiores, tal como em tarefas de dissociação segmentar. Embora as suas áreas menos

fortes se prendam ao nível da motricidade fina, as mesmas também revelaram evolução, sobretudo em tarefas de precisão motora fina e destreza manual. Também se verificaram melhorias ao nível do controlo do corpo, mais concretamente ao nível do equilíbrio estático, contudo, ao nível do equilíbrio dinâmico manteve as dificuldades.

O seu comportamento foi sendo cada vez mais adequado, embora em momentos se tenham verificado retrocessos a esse nível. Paralelamente evidenciou uma maior capacidade de respeitar e seguir as regras, bem como investir nas tarefas que lhes foram sendo propostas, tendo ele próprio criado algumas atividades e respetivas regras, sempre que lhe solicitado.

Terminado o período de intervenção, o A.M. recebeu alta da intervenção Psicomotora. Assim, o seu acompanhamento na DisClínica passou a ser realizado pela professora de Educação Especial da equipa, no âmbito do treino para a Leitura e escrita.

Criança 2 - S. F.

O S.F. nasceu a 1 de Agosto de 2008, por parto eutócito, tendo a gravidez sido tranquila. O S. não gatinhou, começando a andar aos 10 meses. Começou a falar com um ano. Durante bastante tempo teve em diferentes alturas dois tiques: piscar muito os olhos e tique na boca.

Relativamente ao percurso socioeducativo, foi referido pela mãe que no pré-escolar fazia muitas birras e era muito lento na concretização das tarefas. Atualmente o momento de passagem para o estudo é referida como “complicada”, uma vez que o S. resiste sempre. Foi também mencionado que lê com pouca velocidade e de forma “muito pouco natural”. Paralelamente é um menino sociável, relacionando-se bem com os adultos de modo gera. Contudo, o mesmo não se verifica com os pares, colocando-se por vezes de parte.

No que refere à autonomia, o S. é bastante autónomo, ajudando inclusive em algumas tarefas domésticas. Além do mencionado, o S. dorme sozinho, no seu quarto.

O S. chegou à DisClínica por iniciativa dos pais, com a queixa de que este apresentava dificuldades na leitura e escrita. O S. está diagnosticado com dislexia e disortografia.

A avaliação formal decorreu no dia 7 de Janeiro de 2016, e a observação informal nos dias 14 e 21 de Janeiro. Durante a avaliação/observação inicial o S.F. revelou um comportamento ajustado e colaborante, no entanto, com indícios de fatigabilidade, agitação, desatenção e impulsividade, que se foram acentuando com o decorrer da avaliação. Por vezes não escutava as instruções verbais que lhe eram dadas, o que

influenciou a sua prestação nas atividades inerentes. Sempre que ficava bastante motivado e envolvido nas tarefas, revelava uma maior agitação motora e, conseqüentemente, maior dificuldade em parar e se organizar para a realização das mesmas.

Paralelamente, o S.F. apresenta uma postura adequada na relação com o outro, sendo a sua relação com a terapeuta de cooperação e confiança, pelo que a criança sempre revelou os seus medos e facilmente exprimia as suas opiniões. Além do mencionado, o S.F. frequentemente procurava a terapeuta enquanto parceira dos jogos propostos.

A nível psicomotor, evidenciou dificuldades na coordenação, precisão e controlo dos movimentos. As suas áreas menos fortes destacaram-se ao nível dos fatores psicomotores Equilíbrio, Estruturação Espaço-temporal, Praxia Global e Praxia Fina. Mais especificamente, o S.F. numa fase inicial da intervenção apresentava dificuldades ao nível do equilíbrio estático (sobretudo ao nível do apoio unipodal); na estruturação dinâmica (memorização e reprodução de uma sequência visual); na estruturação rítmica; na coordenação óculo-manual; na dissociação de movimentos e na coordenação dinâmica manual.

O S.F. evidenciou ainda algumas dificuldades ao nível da perceção visual, mais especificamente ao nível da simetria simples no plano vertical (direita-esquerda).

No final do período do estágio, o S.F. permaneceu em intervenção.

Criança 3 - B.B.

A B.B. nasceu a 19 de Fevereiro de 2001, em Maputo, por parto eutócito, embora o mesmo tenha ocorrido de forma conturbada. Com três dias de vida, a B.B. ficou infetada com icterícia, levando a uma hemiparésia espástica à direita.

Segundo a mãe, a B.B. começou a falar cedo (não especificando quando). Não gatinhou e começou a andar com 12 meses.

Quanto ao percurso socioeducativo, foi mencionado que a B.B. revelou dificuldades até ao 4º ano de escolaridade, tendo as mesmas acentuado a partir do 5º ano. Foram salientadas as suas dificuldades em concentrar-se e sua dificuldade em concretizar instruções longas. Com a sua vinda para Portugal, a B.B. esteve um ano sem estudar. É ainda referida como uma menina meiga, calma e faladora.

No que refere à autonomia, a B.B. veste-se sozinha e é capaz de apertar os atacadores. Contudo foi indicado que não colabora nas tarefas domésticas.

Quanto ao seu historial clínico, a B.B. realizou uma avaliação anterior noutra instituição, a qual apontou para uma “Perturbação do Desenvolvimento Intelectual”. Contudo, desde então não foi alvo de qualquer intervenção. Importa ainda referir que existe referencia a episódios de epilepsia e que a B.B. sofreu um descontrolo hormonal, razão pela qual está medicada com cortisona.

Na sequência do seu historial, a B.B. chegou à DisClínica por iniciativa da mãe. Tendo em conta o seu diagnóstico, a avaliação psicomotora da B.B. foi realizada totalmente de forma informal, recorrendo a várias tarefas dos instrumentos já aqui descritos.

Ao nível da observação psicomotora inicial, a mesma decorreu nos dias 6, 13 e 20 de Abril de 2016, na qual a B.B. realizou as tarefas de forma colaborante e bastante motivada, partilhando inclusive alguns dos seus interesses. Evidenciou dificuldade na compreensão de algumas tarefas propostas, contudo manteve o grau de atenção e vigilância adequado ao longo da avaliação, apenas com alguns momentos de abstração. A nível psicomotor, em alguns factores a B.B. revelou imaturidade ou imprecisão de controlo, como é o caso dos factores Tonicidade, Equilibração, Lateralização, Noção do corpo, Praxia Global e Praxia Fina. Em termos percetivos evidenciou dificuldades sobretudo em itens de simetria simples no plano vertical (direita-esquerda).

Foi ainda possível observar que, em tarefas que exigiam um maior envolvimento motor a B.B. mostrava pouca motivação e um menor interesse, dispersando facilmente a atenção, pelo que necessitava de orientação externa e reforço permanente durante a realização das tarefas.

Neste seguimento a intervenção teve início no dia 28 de Abril. Ao longo da mesma foram-se observando evoluções, sobretudo na utilização do membro superior direito. A B. recorre ao mesmo com maior frequência tendo-se ainda verificado evolução ao nível de tarefas que exijam coordenação entre ambos os membros superiores, bem como nas tarefas de dissociação segmentar. Para além disso, evidencia uma maior segurança no controlo do corpo em tarefas de equilíbrio dinâmico, contudo, o mesmo não se verifica ao nível do equilíbrio estático, no qual revela ainda dificuldades.

As atividades de maior envolvimento motor permanecem a ser as de menor interesse por parte da B., embora a mesma já as realize de forma mais participativa, colaborante e maior nível de atenção.

No final do período do estágio, a B.B. permaneceu em intervenção.

Criança 4- J.A.

O J.A. nasceu a 8 de junho de 2004, por cesariana, com 41 semanas. Não existem referências a complicações durante parto. Inicialmente estava tudo pronto para um parto provocado, contudo, dadas complicações e a idade da mãe (39) foi decidido que seria realizada a cesariana. A gravidez, embora planeada, foi considerada de risco dada a idade da mãe. Não se registaram problemas durante a mesma, decorrendo dentro dos padrões normais. O J.A. é o primeiro e único filho do casal.

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, foi referido pelos pais que o J.A. começou a gatinhar aos 9 meses, começando a andar com apoio pouco tempo depois. Começou a marcha autónoma com 12 meses.

O J.A. é uma criança bastante autónoma. Come sozinho, no entanto a manipulação dos talheres não é a adequada (sobretudo do garfo). Também se veste sozinho, embora de forma desajeitada segundo os pais. Toma banho autonomamente, mas de forma supervisionada e com ajudas verbais, para uma higienização adequada.

Foram ainda apontados pelos pais problemas ao nível da socialização. O J.A. perante pessoas tanto conhecidas como desconhecidas escondia-se atrás dos pais e revelava dificuldades em brincar com os seus pares.

Relativamente ao seu percurso socioeducativo, entrou para o infantário com 3 anos de idade, onde permaneceu até à entrada para o primeiro ciclo, mantendo-se a educadora com a qual os pais descrevem que tinha uma relação de muita confiança e empatia. Foi sempre muito sossegado e pouco comunicativo para com os outros meninos. No 1º e 2º ano de escolaridade começaram-se a perceber algumas dificuldades no J.A.. Na passagem para o 3º ano de escolaridade houve uma alteração de professores, o que, segundo os pais, deixou ainda mais claro as desconfianças relativas às dificuldades da criança. É ainda importante referir que, nos seus 5º e 6º anos de escolaridade foi vítima de *bullying*, sobretudo verbal, até mesmo durante as aulas, o que o fazia sentir completamente impedido de intervir (por vergonha e medo de errar) quer para responder quer para tirar dúvidas.

Tendo em conta que a mãe tem dislexia, a mesma começou a perceber determinados sinais e dificuldades semelhantes às suas no J.A.. Neste seguimento, o que levou os pais a procurarem a DisClínica foi precisamente as dificuldades de aprendizagem do J.A., na

leitura e na escrita. Além disso foi referida pelos pais “bastante dificuldade em fazer-nos entender com o J. em coisas simples que acabava por tornar bastante complicadas, não conseguindo chegar à conclusão da situação que estava em causa”. O J. A. está diagnosticado com uma disgrafia severa.

Mediante os dados recolhido na primeira consulta, a avaliação formal decorreu no dia 14 de Abril de 2016, e a observação informal e 21 de Janeiro. Os instrumentos de avaliação utilizados foram os já descritos.

Num primeiro contacto o João mostrou-se uma criança muito simpática e bastante comunicativa. No decorrer da avaliação manteve-se bastante empenhado e partilhou imensos interesses, o que facilitou a construção de uma relação empática. Manteve os níveis de atenção e vigilância adequados, apenas com a existência de alguns momentos de abstração. Desta forma realizou todas as tarefas de forma colaborante e motivada.

Tendo por base os resultados obtidos a partir da aplicação da BPM, as áreas menos fortes do J.A dizem respeito aos fatores Tonicidade, Equilibração, Estruturação Espaço-temporal e Praxia Fina. Por sua vez, ao nível do *Reversal Test*, o João evidenciou uma boa discriminação percetiva.

Quanto à avaliação/observação informal, o J.A. evidenciou maior dificuldade em tarefas de precisão motora fina, sobretudo ao nível do dobrar sobre um traço e manusear de folhas e no recorte. Por sua vez, evidencia dificuldades na cópia de figuras mais complexas (integração motora fina).

Relativamente ao comportamento e desempenho nas tarefas, o J.A. numa fase inicial aderiu às tarefas apenas com estímulo. Numa segunda fase, verificou-se impulsividade por parte da criança na iniciação das diversas atividades. Frequentemente, não aguardava que fossem terminadas as instruções das tarefas, dando início às mesmas antes da indicação da terapeuta. Por outro lado, a persistência nas mesmas era variável mediante a sua disponibilidade no dia corrente da sessão. Um dos seus pontos débeis era precisamente a baixa resistência à frustração. Sempre que obtinha insucesso ou não conseguia realizar determinada tarefa, o J.A. desmotivava-se e desistia e por vezes transpunha a sua frustração para os materiais, atirando os mesmos. Por vezes revelou comportamentos desajustados, contudo moderava-os sempre que chamado à atenção pela terapeuta. Por sua vez, uma das suas áreas fortes consistia na compreensão de instruções complexas.

Ao longo da intervenção, o J.A. evidenciou uma relação com a terapeuta de cooperação e afeição, cumprindo as diversas instruções sem refutar. Além disso, constantemente procurava a terapeuta enquanto parceira de jogo, mostrando preferência por jogos de desafio a pares. A impulsividade em iniciar as tarefas foi regredindo ao mesmo tempo que o J.A. reconheceu a importância de escutar as instruções até ao fim e o seu comportamento foi sendo cada vez mais adequado nas sessões. Paralelamente, verificaram-se melhorias ao nível das competências grafomotoras, nomeadamente nos grafismos e na pintura de figuras dentro dos contornos e em atividades de movimentos finos, que constituíam uma das áreas fracas da criança.

Importa destacar que a intervenção com o J.A. teve por base não só as dificuldades destacadas durante o período de avaliação, como também as “queixas” e solicitações dos pais. Neste seguimento, importa referir que os pais do J.A. revelaram um papel bastante ativo no processo de intervenção, acompanhando todo o planeamento e objetivos a cumprir de forma participativa e ativa, colocando em prática todas as solicitações e indicações da terapeuta, em casa. Muitos dos aspetos trabalhados com o J.A. debruçaram-se sobre as atividades da vida diária (e.g. utilização dos talheres; utilização de uma toalha para secar as mãos...), das quais os pais apontaram como área menos fortes da criança.

No final do período do estágio, o J.A. permaneceu em intervenção.

Capítulo III- Estudo de Caso

Neste capítulo será descrito pormenorizadamente um estudo de caso. Assim será descrita a criança, as suas avaliações iniciais e finais, bem como caracterizado o seu processo de intervenção e as principais conclusões do mesmo.

A seleção do mesmo deveu-se ao facto de, no final de período de estágio, ter sido dado por terminado o seu plano terapêutico. Além do mencionado, com base nos resultados da avaliação final e na evolução da criança, a mesma obteve alta das sessões de intervenção psicomotora.

1. Caracterização do Caso – dados anamnese

Dados clínicos e desenvolvimentais

O D.M. nasceu no dia 15 de setembro de 2005, no Hospital Amadora Sintra, 15 dias de antecedência do previsto (30 de Setembro), com parto provocado. A gravidez foi programada e desejada, tendo gestação decorrido dentro dos padrões normais e tranquila, à exceção do período final, no qual a mãe se apresentava ansiosa para que o D.M. nascesse.

A criança é o segundo filho do casal, tendo um irmão de 15 anos. A relação dos irmãos, segundo os pais, é razoável, contudo o mais velho apresenta comportamentos de ciúme face ao D.M..

No que refere ao desenvolvimento Psicomotor, o D.M. foi apenas referido que gatinhou e adquiriu a marcha autónoma aos 15 meses. Ao nível da autonomia, veste-se e despe-se sozinho, evidenciando apenas dificuldades com os botões e é referido que não consegue apertar os atacadores sozinho. É ainda indicado que o D.M. come sozinho, no entanto tem dificuldade em utilizar os talheres, tendo sido especificado pelos pais que não consegue partir a comida e referenciado que é muito desastrado a comer. O D.M. ao nível do sono dorme bem, sem medo, embora queira a luz acesa. Dormiu sempre sozinho, fora da cama dos pais.

O D. M. ao longo da história do seu desenvolvimento teve 3 ataques de epilepsia. A partir dos episódios de epilepsia passou a dar muitas quedas. Neste seguimento, o neurologista do D.M. percebeu a sua agitação, encaminhando-o para uma avaliação. Por conseguinte, a Pedopsiquiatra considerou a sua agitação muito forte e medicou-o com Rubifen (0.5mg). No entanto, foi referido que esta não se mostrou positiva, pois com a

medicação o D.M. ficava demasiado prostrado. Foi ainda mencionado que o D.M. foi operado aos dois ouvidos, tendo ficado com audição normal.

Percurso socioeducativo e terapêutico

Relativamente ao seu percurso socioeducativo, foi referido que o D.M. no 1º ano que frequentou a escola não aprendeu a ler nem a escrever. No 2º ano fez uma retenção, pois nesse ano também não aprendeu a ler nem a escrever. Foi ainda mencionado que o D.M. demora mais tempo a concretizar qualquer tarefa/atividade, quando comparado com os seus pares. Em face ao exposto, os pais sentiram que a resposta e estratégias adotadas pela professora não foram as mais adequadas, pelo que mudaram o D.M. de escola e integrado numa nova turma de 2º ano. Em outubro desse mesmo ano letivo iniciou a leitura e a escrita, no entanto esta última com uma letra impercetível. No início desse mesmo ano letivo os pais decidiram retirar a medicação.

O D.M. foi acompanhado durante um ano em terapia da fala. Atualmente é acompanhado em Psicoterapia e tem acompanhamento ao seu estudo semanal por uma explicadora. Posteriormente foi encaminhado para a realização de uma avaliação psicomotora no âmbito de uma avaliação multidisciplinar, uma vez que chegou à DisClínica referenciado como sendo uma criança com dificuldades de aprendizagem e que apresentava uma letra disgráfica.

2. Avaliação Inicial

O D. M. realizou a avaliação inicial com 10 anos, em novembro de 2015. A avaliação decorreu num gabinete da Malo Clinic e as tarefas foram abordadas de forma o mais lúdica e informal possível. Os dados recolhidos durante a avaliação foram registados no momento da mesma e a sua análise realizada posteriormente, de forma pormenorizada. O relatório de avaliação formal, que integrou o relatório de equipa poderá ser consultado no anexo V.

A avaliação formal das competências psicomotoras teve por base a **BPM** (Vítor da Fonseca, 1975) bem como a aplicação do **Reversal Test** (Edfeldt, 1955) por forma a avaliar as competências percetivas. No âmbito de uma avaliação informal, foram aplicados os subtestes de **precisão motora fina** e **integração motora fina** do **TPMBO-2**, sendo estes últimos apenas analisados qualitativamente. para observação a nível comportamental e relacional do D.M., foram preenchidos itens da **GOC**, tendo estes sido

analisados ao longo das sessões iniciais. Deste modo, segue-se uma descrição dos resultados inerentes à avaliação inicial.

Durante o processo de avaliação formal, o D.M. mostrou-se uma criança simpática, partilhando alguns dos seus interesses e vivências relativas à escola. Acedeu à realização das tarefas de forma colaborante, contudo, ao longo das mesmas, o seu grau de atenção não se manteve constante, pelo que muitas das vezes se mostrou desatento e manifestou irrequietude e impulsividade. Paralelamente, abstraía-se constantemente dispersando facilmente com os estímulos externos à sessão. Todavia manteve-se motivado durante toda a avaliação e não mostrou qualquer dificuldade na compreensão das tarefas que constituíram a mesma.

Tendo por base os resultados da BPM, o D.M. apresenta resultados heterogéneos, os quais são indicadores da presença de algumas dificuldades psicomotoras específicas, sendo que, quando analisado cada fator individualmente, os resultados seguem a mesma direção.

Ao nível da **Tonicidade**, o D.M. apresentou um perfil hipertónico, evidenciando dificuldades na extensibilidade, principalmente nos membros superiores, acusando uma maior resistência e mobilização mais forçada dos segmentos referidos. Teve também dificuldades em descontrair os membros, com continuação voluntária dos movimentos oscilatórios e pendulares provocados exogenamente, sobretudo ao nível dos membros superiores. Paralelamente evidenciou algumas manifestações emocionais (e.g. sorrisos). Não relevou capacidade de abandono dos membros e de auto-relaxação, apresentando tensões e alguma rigidez ao nível da musculatura proximal e distal. Quanto aos movimentos de pronação e supinação, estes foram realizados de forma descoordenada e arritmicamente, sobretudo aquando da realização simultânea. Apresentou também ligeiras contrações tónicas faciais associadas à tarefa em que este parâmetro foi avaliado.

Na **Equilibração**, o D.M. revelou dificuldades na imobilidade, apresentando desequilíbrios e reequilibrações frequentes. Nas restantes tarefas de equilíbrio estático (apoio rectilíneo, apoio na ponta dos pés e apoio unipodal) evidenciou dificuldades, denotando-se frequentes desequilíbrios e movimentos associados. Já no equilíbrio dinâmico, a marcha controlada foi realizada com pausas frequentes, reequilibrações e movimentos involuntários. Nas tarefas que requerem o uso simultâneo dos membros inferiores ou em apoio unipodal, apresentou dificuldades, revelando impulsividade, alterações de amplitude e desvios direcionais. Nas tarefas que exigem os olhos fechados,

verifica-se um maior receio e presença de movimentos involuntários.

Por sua vez, na **Lateralização**, realizou todas as tarefas sem hesitações e com proficiência, revelando uma preferência pela direita em todas elas (perfil DDDD).

Ao nível da **Noção do Corpo**, no sentido sinestésico, apenas não soube designar o dedo médio, anelar e mínimo e, quando tocado no joelho esquerdo, nomeou perna esquerda. Reconhece a direita e a esquerda no seu próprio corpo, contudo tem dificuldades em reconhecer no outro. Na imitação de gestos, realizou a maioria das imagens com distorções perceptivas (inimitação). No desenho do corpo, apresentou uma figura humana muito desproporcional, com conteúdo desinvestido, com traço imaturo e pouco organizado em formas e proporções.

Na **Estruturação Espaço-Temporal**, o D.M. demonstrou uma ligeira dificuldade ao nível da capacidade de calcular distâncias e de ajustar os planos motores necessários para as percorrer, realizando os percursos com um ligeiro descontrolo no final das passadas e errando um dos cálculos (9 passos menos 3, disse 7). Teve também dificuldade na memorização sequencial visual a curto prazo de estruturas espaciais (realizou duas das seis tarefas), realizando as mesmas impulsivamente. Por outro lado, revelou maior facilidade ao nível da capacidade de interiorização e realização de uma trajetória espacial apresentada num levantamento topográfico, apenas com ligeiras hesitações. No que refere à estruturação rítmica, foi incapaz de reproduzir qualquer uma das sequências de batimentos, demonstrando dificuldades na integração rítmica.

Nas tarefas que avaliam a **Praxia Global**, evidenciou dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual, tendo encestado apenas um de quatro lançamentos e sem reajustar o seu planeamento motor. O mesmo se verificou ao nível da coordenação óculo-podal. Na tarefa de dissociação de movimentos, teve apenas dificuldade no planeamento motor e na coordenação entre os membros superiores e inferiores, sendo que a tarefa de agilidade foi executada com movimentos pouco harmoniosos.

Por sua vez, nas tarefas que avaliam a **Praxia Fina**, na tarefa de coordenação dinâmica manual, compôs e decompôs a pulseira de clips em aproximadamente 6 minutos, com uma adequada dextralidade bimanual e adequado autocontrolo visuo-motor. Por outro lado, a prova de tamborilar, foi realizada com um fraco planeamento micromotor e hesitações na sequência da mesma, com repetições e saltos na sequência de otonibilidades. Por último, a tarefa de velocidade-precisão foi executada adequadamente em ambas as subtarefas, verificando-se apenas ligeiras hesitações na sequencialização das mesmas.

Relativamente ao **Reversal Test**, o D.M. realizou a prova em 5 minutos e 39 segundos. A nível qualitativo os erros cometidos encontravam-se essencialmente relacionados com itens de simetria simples (direita-esquerda) (13 em 20 itens) e com itens que não admitem sobreposição.

Analisando os resultados obtidos através da aplicação informal dos subtestes do TPMBO-2, relativamente às tarefas de **precisão motora fina**, no que refere ao preenchimento de formas, esta é cumprida de forma satisfatória, embora com um padrão aleatório e alguns desvios do traço. Já ao nível do dobrar sobre um traço e manusear de folhas revelou-se uma dificuldade da criança, tal como o recorte. Por sua vez, ao nível das tarefas de **integração motora fina**, relativas à cópia de oito formas geométricas, as mesmas foram realizadas com algumas dificuldades, sendo que apenas em três das figuras foi mantida a forma básica, nomeadamente no círculo, no quadrado e na linha ondulada.

Por sua vez, analisando as informações recolhidas com a **GOC**, foi possível perceber que o D.M. apresenta um período de atenção reduzido, bem como impulsividade perante determinadas tarefas, dando início às mesmas antes de terminadas as instruções. Por vezes desmotivava-se e desistia das tarefas, sobretudo quando falhava os objetivos das atividades, ou quando as mesmas fugiam ao seu interesse.

Relativamente à sua capacidade de ajustamento à tarefa, o D.M. apresentava por vezes comportamentos desajustados e desviantes à mesma, mas rapidamente retomava mediante chamada de atenção da terapeuta. Complementarmente, não evidenciava capacidade de iniciativa e apenas dava sugestões mediante solicitação e ajuda verbal da terapeuta. Não demonstrava interesse em explorar o espaço, mostrando-se por vezes apático durante a realização das atividades. Durante algumas atividades teve dificuldade em seguir as regras e levar as mesmas até ao fim e por vezes apresentava-se intolerante ao insucesso, ficando frustrado e desistindo das tarefas.

No que refere às observações inerentes à comunicação verbal, verificou-se que o D.M. apresenta um vocabulário rico para a idade e um discurso maturo. Paralelamente compreende instruções complexas, embora tenha necessitado muitas vezes de demonstrações. Quanto à comunicação não-verbal, o D.M. apresentou uma expressão gráfica desadequada à idade.

Em suma, tendo em conta os resultados obtidos, verificou-se que o D.M. apresentava dificuldades psicomotoras globais, bem como uma dificuldade notória em permanecer atento e, conseqüentemente, em levar as tarefas até ao fim sem a necessidade de

reforço. Assim, concluiu-se que o D.M. beneficiaria de intervenção psicomotora, individual e semanal, de forma a estimular-se todas as áreas do desenvolvimento.

Face ao exposto, foi elaborado um plano de intervenção, tendo por base as dificuldades observadas, assim como as queixas apresentadas pela família. Paralelamente foram também tidos em conta os resultados de todas as áreas de intervenção nas quais o D.M foi avaliado, dentro da DisClínica, nomeadamente na avaliação cognitiva e emocional, bem como no âmbito da leitura e escrita.

3. Plano de Intervenção Pedagógico-terapêutico

Duração: 8 meses

Periodicidade: 1 vez por semana, 60 minutos por sessão

Divisão das sessões: **Avaliação inicial** – 8/10/2015 (Formal); 15/10/2015(Informal); 22/10/2015 (Informal)

Intervenção Psicomotora: de 29 de outubro de 2015 a 30 de julho de 2016;

Avaliação final: 14/07/2016; 21/07/2016

Domínios do Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Comportamentais A criança deverá ser capaz de...
Motricidade	Desenvolver a Tonicidade	Aumentar a capacidade de abandono dos membros e de auto-descontração	<ul style="list-style-type: none"> • Aceder ao relaxamento global do seu corpo • Descontrair voluntariamente
	Desenvolver o Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> • Permanecer na posição ortostática, de olhos fechados, durante pelo menos 60 segundos; • Saltar em apoio unipodal, num espaço delimitado
	Promover a Noção do Corpo	Melhorar o reconhecimento da esquerda e da direita no outro	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer a esquerda e a direita no outro
		Melhorar a capacidade de imitação de gestos	<ul style="list-style-type: none"> • Imitar figuras espaciais simples, reproduzidas por um adulto
		Melhorar o conhecimento do próprio corpo	<ul style="list-style-type: none"> • Desenhar uma figura humana, com os principais pormenores anatómicos e de forma proporcional e com disposição adequada

	Desenvolver a Estruturação Espaço-Temporal	Melhorar a orientação do corpo no espaço	<ul style="list-style-type: none"> Realizar sequências de tarefas motoras, num espaço delimitado pelo adulto
		Aumentar a capacidade de estruturação rítmica	<ul style="list-style-type: none"> Reproduzir uma sequência de batimentos, previamente realizada pelo adulto Acompanhar diferentes ritmos com movimentos corporais
	Desenvolver a Motricidade Global	Melhorar a coordenação óculo-manual	<ul style="list-style-type: none"> Lançar uma bola com a mão, em direção a um alvo, a uma distância de pelo menos 2,5m
		Melhorar a coordenação óculo-podal	<ul style="list-style-type: none"> Pontapear a bola em direção a um alvo, a uma distância de pelo menos 2,5m
	Desenvolver a Motricidade Fina	Melhorar as competências grafomotoras	<ul style="list-style-type: none"> Segurar adequadamente o objeto de escrita Copiar formas geométricas simples (círculo, quadrado, triângulo) <ul style="list-style-type: none"> Colorir figuras dentro dos limites
		Melhorar a precisão dos movimentos finos	<ul style="list-style-type: none"> Recortar uma figura sem sair dos limites <ul style="list-style-type: none"> Realizar percursos gráficos
Cognição	Desenvolver as competências cognitivas	Aumentar a capacidade de atenção	<ul style="list-style-type: none"> Manter a atenção e concentração na realização de uma tarefa, por um período mais alargado de tempo <ul style="list-style-type: none"> Permanecer numa atividade até ao fim Se alhear de estímulos externos à sessão
		Melhorar a perceção visual	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as diferenças entre duas imagens

		Aumentar a capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões	<ul style="list-style-type: none"> • Planear etapas a atingir para determinado objetivo
Comportamento	Desenvolver a gestão do comportamento	Aumentar a capacidade de lidar com a frustração/insucesso	<ul style="list-style-type: none"> • Não desistir da tarefa à primeira tentativa, independentemente das dificuldades na sua realização
Linguagem	Desenvolver competências de comunicação	Melhorar as competências de linguagem expressiva	<ul style="list-style-type: none"> • Expressar verbalmente e/ou graficamente as atividades realizadas • Expressar verbalmente sentimentos vivenciados • Estabelecer um discurso coerente com o adulto
Socialização	Promover as competências sociais	Melhorar a capacidade de interação social	<ul style="list-style-type: none"> • Aguardar pela sua vez • Cumprir as regras das atividades/jogos
Estratégias Gerais			
<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecimento de uma relação empática; • Seguir sempre a mesma estrutura de sessão (rotina); • Complexificar ou simplificar as tarefas sempre que necessário; • Dar feedbacks acerca do desempenho da criança, e dar reforço positivo durante a concretização da atividades; • Recorrer às áreas fortes no sentido de desenvolver as áreas menos fortes; • Proceder à demonstração sempre que necessário. 			

4. Implementação do Plano Pedagógico-terapêutico

Estabelecido o plano anteriormente apresentado, o D.M. deu início ao acompanhamento em Intervenção Psicomotora a 29 de Outubro de 2015, tendo o mesmo terminado a 30 de julho de 2016, seguindo-se de duas sessões de avaliação final. Das 38 sessões previstas, realizaram-se 33 sessões, sendo que as 5 sessões em falta não se realizaram por falta de comparecimento da criança.

Importa ainda salientar que, todo o processo terapêutico decorreu em paralelo com um acompanhamento em psicoterapia, realizado pela psicóloga da equipa. Como tal, todas as questões inerentes às componentes emocional e relacional eram sobretudo trabalhados pela mesma. Neste seguimento, o caso era discutido em todas as reuniões de equipa, no sentido de existir coerência e complementaridade nos objetivos estipulados no âmbito da intervenção psicomotora e psicoterapêutica.

Analisando as observações realizadas durante a intervenção psicomotora, o D.M. mostrou-se uma criança bastante ativa e com um comportamento instável. Deste modo, numa fase inicial, o D.M. dispersava muito facilmente, abandonando as tarefas a meio para explorar os vários objetos presentes no gabinete. Por outro lado, apesar dos momentos de distração, com o reforço e correção da sua atitude por parte da técnica, levava sempre as tarefas até ao fim. Por vezes tinha dificuldades em cumprir as regras inerentes a cada tarefa, evidenciando esporadicamente comportamentos de oposição. Além do mencionado, o D.M. envolvia-se apenas em atividades que exigiam uma maior atividade física, recusando-se por vezes a realizar tarefas de mesa ou dispersando durante a realização das mesmas. Assim, optou-se pela inclusão paralela de ambos os tipos de atividades ao longo das sessões.

Deste modo, em primeiro lugar procurou-se promover o envolvimento da criança em dinâmicas com a estagiária, no sentido de aumentar os períodos de atenção conjunta, a sua participação espontânea e o respeito pelas regras estabelecidas em cada tarefa proposta. Paralelamente, procedeu-se a uma maior estruturação das sessões, previamente acordada entre a criança e a estagiária. Nesta estruturação, tendo em conta o já mencionado anteriormente na sessão tipo incluía-se, sempre que possível, pelo menos uma atividade proposta pela criança, definida no momento da sessão. Complementarmente, no final de cada sessão, no momento de retorno à calma, eram realizadas tarefas que promovessem relaxação. Por vezes era também solicitado ao D.M. um registo das atividades de que mais gostou e das que menos gostou, o qual era muitas vezes realizado sob a forma de desenho.

Esta estruturação e o seguimento de uma rotina revelou-se produtiva no caso do D.M. na

medida em que permitiu reduzir substancialmente a sua tendência em dispersar ao mesmo tempo que provocou na criança uma maior motivação, empenho e participação nas tarefas, tanto nas tarefas de cariz mais motor como em atividades de mesa, tendo em conta que essa mesma estruturação foi definida e planeada por ambos (estagiária e criança) no início da intervenção. Ao mesmo tempo, potenciou a capacidade de tomada de decisões e de iniciativa do D.M. visto que pelo menos uma das atividades da sessão era organizada por ele, bem como melhorou a sua organização interna e o planeamento das suas ações. Deste modo, os comportamentos desadequados e de oposição à realização de determinadas tarefas, assim como a sua impulsividade na realização das mesmas e necessidade de constante reforço foram progressivamente diminuindo.

Complementarmente, no anexo VI é apresentada uma tabela com as principais atividades realizadas com o D.M. em cada uma das sessões. Os planos de sessão foram sendo elaborados em formato papel, bem como os registos decorrentes da sessão inerente aos mesmos, diretamente no processo da criança. Destaca-se a importância destes mesmos registos, uma vez que permitiram um maior controlo relativamente aos objetivos estipulados no plano pedagógico-terapêutico. Como forma de exemplo, no anexo VII podem consultar-se dois exemplos desses mesmos planos.

5. Avaliação Final

O D.M. foi reavaliado com 10 anos e 10 meses. Durante a mesma mostrou-se disponível, colaborando e realizando as atividades com motivação e empenho. Destaca-se que a sua capacidade de atenção evoluiu, tendo sido capaz de manter o seu nível de atenção e vigilância por longos períodos de tempo. Apenas se verificaram distrações durante os momentos de transição entre as atividades.

Tendo por base a aplicação da BPM (avaliação formal) e as respetivas cotações obtidas na mesma, obteve-se um gráfico que pretende relacionar os resultados da avaliação inicial e a avaliação final, comparando-se as cotações médias obtidas em cada fator psicomotor observado. Para uma melhor perceção da evolução da criança, as cotações de cada fator psicomotor presente no gráfico não se encontram arredondadas.

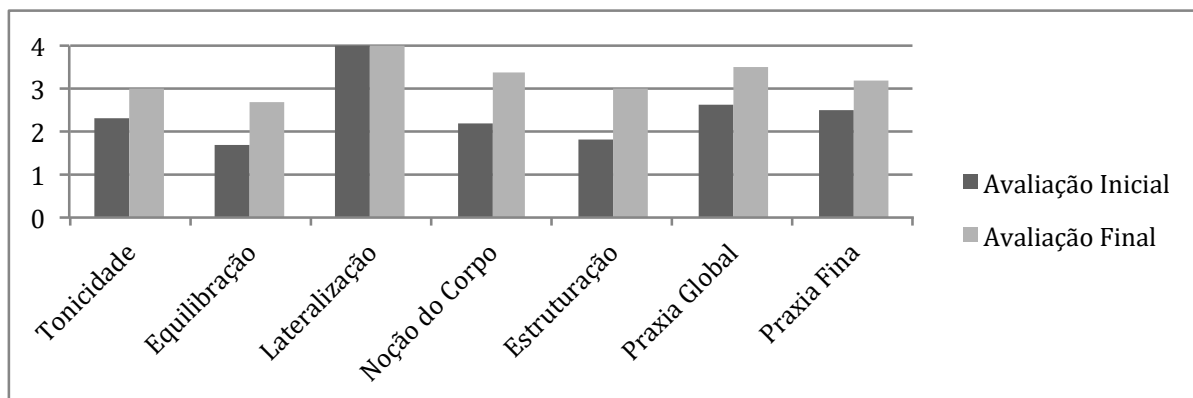


Figura 5 - Cotações dos fatores psicomotores da BPM

Analisando cada um dos fatores verificou-se, de um modo global, uma melhoria em todos eles.

A nível **tónico**, denotou-se uma evolução significativa, com destaque para uma melhor capacidade de abandono dos membros e de auto-relaxação. Neste seguimento, o D.M. evidenciou melhorias na extensibilidade, o que se refletiu numa menor resistência e maior capacidade de mobilização, tanto dos membros superiores como dos membros inferiores (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final 3 pontos). O mesmo se verificou ao nível da descontração dos membros, com continuação voluntária dos movimentos oscilatórios e pendulares provocados exogenamente (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final 3 pontos). Por outro lado, as manifestações emocionais (e.g. sorrisos) presentes na avaliação inicial, mantiveram-se na avaliação final. Assim, analisando quantitativamente o fator Tonicidade, o D.M. passou de 2,3 pontos na avaliação inicial (cotação arredondada de 2 pontos), para 3 pontos na avaliação final (cotação arredondada de 3 pontos).

Também no fator **Equilibração** observaram-se melhorias sobretudo ao nível do controlo do corpo imóvel (avaliação inicial: 1 ponto; avaliação final 4 pontos). Também ao nível do **equilíbrio dinâmico** verificaram-se evoluções (avaliação inicial: 1 ponto; avaliação final 3 pontos), apresentando uma maior segurança e um controlo adequado dos saltos a pés juntos e a pé-coxinho, bem como na realização de saltos com os olhos fechados, nos quais se verificou um menor receio e uma maior segurança na realização dos mesmos. No entanto, no caminhar sobre uma superfície estreita e elevada (evolução na trave) ainda se observam desequilíbrios, embora decorram menos quedas. Por outro lado, ainda se verificam dificuldades no **equilíbrio estático**, tanto na presença de uma base de sustentação maior como mais reduzida (avaliação inicial: 1 ponto; avaliação final 1 ponto). Neste seguimento, quantitativamente o D.M. evoluiu de uma cotação de 1,7

pontos (cotação arredondada = 2 pontos), para uma cotação de 2,7 pontos (cotação arredondada = 3 pontos) no fator Equilibração.

Ao nível da **Noção do corpo**, o D.M. identificou corretamente todas as partes do corpo em que foi tocado (o que não se verificou na avaliação inicial) e foi capaz de reconhecer o lado direito e o lado esquerdo, em si e no outro. Destaca-se igualmente a tarefa inerente à imitação de gestos (avaliação inicial: 1 ponto; avaliação final 3 pontos), na qual o D.M. realizou com sucesso quase todas as imagens, apenas com ligeiras distorções na forma e proporções. Apenas não conseguiu imitar a última imagem proposta, tendo em conta a complexidade da mesma. No desenho do corpo (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final 3 pontos) observou-se uma evolução significativa, sendo que o mesmo apresentou mais pormenores anatómicos, uma figura mais organizada em proporções e com um traço mais controlado (consultar anexo VIII) . Em face ao exposto, no fator Noção do corpo, de 2,2 (cotação arredondada = 2 pontos) pontos na avaliação inicial o D.M. evoluiu para 3,4 pontos (cotação arredondada = 3 pontos) na avaliação final.

Já na **Estruturação Espaço-Temporal** o D.M. obteve uma melhor cotação em todos os subfactores. No subfactor organização (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final 3 pontos) observou-se uma maior capacidade ao nível do cálculo de distâncias, tendo o D.M. sido capaz de ajustar de forma mais adequada os planos motores necessários para as percorrer. Além disso, não errou qualquer cálculo. Paralelamente, destaca-se a evolução no subfactor estruturação dinâmica (avaliação inicial: 1 pontos; avaliação final 3 pontos), isto é, na memorização sequencial visual de estruturas visuais, na qual o D.M. reproduziu com sucesso cinco das seis fichas apresentadas. Por sua vez, a estruturação rítmica permanece como uma das áreas menos fortes do D.M., embora se tenha verificado uma melhor integração rítmica (avaliação inicial: 1 ponto; avaliação final 2 pontos). Deste modo, ao nível do fator Estruturação Espaço-Temporal houve uma melhoria de 1,3 pontos (cotação arredondada = 1 ponto) na avaliação inicial, para uma cotação de 3 pontos na avaliação final.

Quanto às observações inerentes ao fator **Praxia Global**, verificou-se uma melhor coordenação motora global, observando-se ao nível óculo-manual um gesto motor mais harmónico, com um planeamento adequado da tarefa e sucesso na concretização (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final 3 pontos). Deste modo, o D.M. apresentou de um modo geral um gesto mais intencional e uma capacidade de análise e planeamento motor. O mesmo verificou-se ao nível óculo-podal, onde se observou um melhor controlo da ação, devido ao desenvolvimento de uma maior estabilidade gravítica e uma maior

capacidade de execução bem-sucedida (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final 4 pontos). Por sua vez, ao nível da dissociação de movimentos salienta-se uma maior capacidade na coordenação e planeamento motor entre os membros superiores e os inferiores, tendo o D.M. realizado a tarefa com movimentos mais controlados e harmoniosos.

Por último, no fator **Praxia Fina** o D.M. evidenciou uma maior capacidade de coordenação dinâmica manual (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final: 3 pontos), bem como um maior planeamento micromotor no subfactor tamborilar (avaliação inicial: 2 pontos; avaliação final: 3 pontos). Por sua vez, a sua capacidade ao nível das tarefas de velocidade precisão manteve-se, tendo sido o resultado das mesmas satisfatório (avaliação inicial: 3 pontos; avaliação final: 3,5 pontos). Assim, o D.M. evoluiu de uma cotação de 2,3 pontos (cotação arredondada = 2 pontos), para uma cotação de 3,2 pontos (cotação arredondada = 3 pontos) no fator Praxia Fina.

Ao nível do **Reversal Test**, o tempo de realização de prova pelo D.M. manteve-se próximo do tempo realizado na avaliação inicial, tendo o mesmo realizado em 5 minutos e 29 segundos. De acordo com os resultados obtidos, verificam-se melhorias ao nível da percepção visual, tendo o D.M. cometido apenas cinco erros em itens de simetria simples direita-esquerda (na avaliação inicial cometeu 18 erros no mesmo tipo de itens). Deste modo, o D.M. obteve uma pontuação direta de 76 pontos.

Analisando as observações realizadas no âmbito da avaliação informal, ao nível da aplicação dos subtestes do **TPMBO-2**, verifica-se que o D.M. evidenciou um traço mais consistente, revelando um melhor desempenho em atividades de **precisão motora fina** nomeadamente na realização de labirintos (sobretudo nos de menor espessura), na ligação de pontos e no recorte de papel. Contudo, observaram-se ainda dificuldades na execução de dobragens de papel. No subteste **integração motora fina**, o D.M. apresentou uma melhor organização visuo-motora fina, tendo sido capaz de copiar com êxito a maioria das figuras. Apenas evidenciou menor sucesso na cópia de figuras mais complexas (e.g. estrela).

Relativamente às observações recolhidas através da **GOC**, verifica-se que o D.M. evidencia uma maior capacidade de ajustar o seu comportamento, tendo-se observado um comportamento mais adequado durante as sessões. Ao mesmo tempo, tornou-se clara uma evolução ao nível da cooperação e motivação do D.M. perante as tarefas, com uma postura mais ativa perante as mesmas. Também o seu nível de atenção e vigilância evoluiu, sendo que o D.M. passou a ser capaz de permanecer atento em atividades

significativas por mais de 15 minutos, mesmo quando as mesmas não eram inteiramente do seu interesse, levando-as até ao fim. O mesmo se verificou ao nível da sua impulsividade, a qual regrediu. Contudo, por vezes ainda dá início às tarefas antes de terminadas as instruções (sobretudo quando as mesmas são do seu maior interesse). Paralelamente, relativamente à sua persistência nas tarefas, o D.M passou a esforçar-se frequentemente em todas as tarefas, não desistindo das mesmas, pelo que os seus momentos de desmotivação e desistência são quase nulos.

Quanto à sua capacidade de ajustamento à tarefa, o D.M. é já capaz de se comportar adequadamente no decorrer das atividades, permanecendo centrado nas mesmas. Neste seguimento, os seus momentos de distração passaram a decorrer apenas nos momentos de transição entre as tarefas. Complementarmente, o D.M., com o decorrer da intervenção, foi adquirindo a capacidade de tomar iniciativa, dando com frequência sugestões e tomando iniciativa no planeamento de atividades. Além do mencionado, o D.M. manteve a sua preferência por brincadeiras livres, aumentando assim o seu desejo de exploração.

No que concerne à comunicação verbal, destaca-se que o D.M. evoluiu na compreensão de instruções complexas, deixando de ser necessária a demonstração (embora por vezes ainda tenha sido utilizada como estratégia). Já ao nível da comunicação não-verbal, a sua capacidade gráfica está mais perceptível, observando-se uma melhor coordenação entre a análise visual e o ato motor.

6. Conclusões do Estudo de caso

Partindo da análise dos resultados obtidos na avaliação final, tanto dos quantitativos como dos qualitativos, verificam-se melhorias face aos resultados da avaliação inicial. Deste modo, relativamente aos objetivos delineados inicialmente, no plano pedagógico-terapêutico, foi possível constatar o alcance da maioria das metas estabelecidas.

Relativamente aos objetivos inerentes ao domínio da **Motricidade**, no que refere aos objetivos para o desenvolvimento da tonicidade, embora se tenha verificado um aumento da capacidade de abandono dos membros e de auto-descontração, o D.M. evidencia ainda ligeiras dificuldades em aceder ao relaxamento global do seu corpo e em descontrair voluntariamente, precisando ainda de ajudas físicas nesse sentido. Assim, no final da intervenção era ainda necessário o recurso a mediadores (e.g. bolas de várias texturas; cobertor...) e a métodos de relaxação por mobilização dos membros.

Quanto ao desenvolvimento do equilíbrio, o D.M. melhorou significativamente ao nível da imobilidade, alcançando o objetivo comportamental que consistia em Permanecer na posição ortostática, de olhos fechados, durante pelo menos 60 segundos. Paralelamente, melhorou a sua capacidade em realizar saltos em apoio unipodal, num espaço delimitado, sendo apenas de referenciar a sua maior facilidade nos saltos com o pé direito face aos saltos com o pé esquerdo. Esta melhoria ao nível do equilíbrio pode encontrar-se interligada à sua melhoria ao nível da atenção e do comportamento pois, de acordo com Fonseca (2010a), para uma segurança gravitacional é essencial uma capacidade de controlo emocional e uma capacidade de atenção e de alerta. A evolução do D.M. ao nível deste fator psicomotor é de extrema importância, na medida em que a equilibração serve de base para a estruturação de qualquer processo de aprendizagem (Fonseca, 2010a).

No que refere ao objetivo inerente à promoção da Noção do Corpo, é de referir que o D.M. passou a ser capaz de distinguir a esquerda e a direita no outro, sem qualquer ajuda. Também na imitação de figuras espaciais simples, verificou-se uma melhoria significativa, na medida em que o D.M. já é capaz de imitar as figuras realizadas pelo adulto, embora com ligeiras distorções nas formas e proporções. É ainda de referir a evolução ao nível do desenho da figura humana por parte do D.M., a qual apresenta já os pormenores anatómicos principais e proporcionalidade na sua forma, embora seja ainda necessário trabalhar a disposição da mesma na folha (ainda não adequada).

Quando ao objetivo relativo ao desenvolvimento da Estruturação Espaço-Temporal, observou-se uma melhor capacidade de orientação do corpo no espaço. Contudo, verifica-se ainda uma ligeira dificuldade em permanecer focado na realização de tarefas motoras em sequência, dada a sua tendência em dispersar e explorar os materiais envolventes, pelo que o D.M. necessita ainda de feedback e reforço nesse sentido durante a realização das mesmas. Relativamente à capacidade de estruturação rítmica, embora se tenha observado uma ligeira evolução, é ainda um objetivo a trabalhar, pois ainda se verificam dificuldades significativas do D.M. em reproduzir uma sequência de batimentos, bem como em acompanhar diferentes ritmos com movimentos corporais. Uma vez que as capacidades associadas ao fator Estruturação Espaço-Temporal estão na base de muitos conceitos matemáticos, as dificuldades ainda evidenciadas pelo D.M. poderiam ser um fator desencadeador de algumas dificuldades na disciplina de matemática, segundo Fonseca (2010a). Por outro lado, uma vez que capacidade de **organização espaço-temporal** deverá estar adquirida previamente à construção do

sistema de escrita da criança (Cinel, 2003), as dificuldades que D.M. ainda evidencia ao nível deste fator poderão estar a contribuir para as suas dificuldades ao nível da escrita.

Por sua vez, no âmbito do desenvolvimento da Motricidade Global, os objetivos foram alcançados, verificando-se no entanto uma maior evolução ao nível da coordenação óculo-podal, comparando com a coordenação óculo-manual. Já no âmbito do desenvolvimento da Motricidade Fina, foi notória uma melhoria das competências grafomotoras, sendo que o D.M. aperfeiçoou a sua pega (do objeto de escrita). Assim, observou-se uma maior facilidade do D.M. em copiar formas geométricas simples (objetivo alcançado), bem como em colorir figuras dentro dos limites (objetivo alcançado). Neste seguimento, também a precisão dos movimentos finos obteve melhorias, embora o D.M. ainda precise de treinar o recorte de figuras sem sair dos limites.

Assim, os resultados do D.M. obtidos ao nível da Motricidade após a intervenção psicomotora reforçam o referido por Gromowski e Silva (2014), que destacam que esta potencializa a tomada de consciência do seu corpo, a sua capacidade de se situar no espaço, assim como na aquisição hábil da coordenação dos seus gestos e movimentos. Por outro lado, as dificuldades ainda sentidas pelo D.M. ao nível dos fatores Equilibração, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Praxia Fina poderão estar na origem das dificuldades que o D.M. ainda evidencia no controlo e coordenação dos movimentos inerentes ao ato de escrever (Camargo, 2008).

No que respeita aos objetivos associados ao domínio da **Cognição**, mais concretamente o desenvolvimento das competências cognitivas, é de destacar a evolução da capacidade de atenção do D.M. sendo que, ao longo das sessões, os seus períodos de atenção e concentração na realização das tarefas de tempo alargado aumentou, sendo o D.M. capaz de permanecer nas mesmas até ao fim. Por outro lado, verificam-se ainda ligeiras dificuldades em se alhear de estímulos externos à sessão. Complementarmente, os resultados ao nível do *Reversal Test* levam a considerar melhorias ao nível da perceção visual, tendo o D.M. uma melhor capacidade de identificar diferenças entre duas imagens.

Quanto ao **Comportamento**, verificou-se o alcance do objetivo a ele associado. O D.M. evidencia uma melhor capacidade de controlo e gestão do seu comportamento, pelo que a sua capacidade de lidar com a frustração aumentou. De momentos, o D.M. não desiste de imediato de uma tarefa falhada, persistindo na realização da mesma (embora este facto esteja dependente da disponibilidade e disposição da criança no dia em causa).

Também o domínio da **Linguagem** houve melhorias. O D.M. foi progressivamente melhorando a sua forma de expressão verbal, sendo capaz de relatar as atividades realizadas. Contudo, o mesmo não se verificou ao nível da expressão gráfica. Quanto à expressão verbal de sentimentos vivenciados, o D.M. revelou uma evolução mais gradual, embora no final da intervenção facilmente partilhava sentimentos vivenciados e interesses. Além do mencionado, também o discurso do D.M. progrediu, tornando-se mais coerente e adequado ao contexto.

Por último, também os objetivos relativos à **Socialização** foram alcançados. O D.M. melhorou a sua capacidade de aguardar pela sua vez, bem como a sua capacidade em cumprir regras.

Face ao exposto, no final da intervenção, o D.M. recebeu alta. Isto não se verificou apenas ao nível do acompanhamento em Intervenção Psicomotora, mas também ao nível do acompanhamento em Psicoterapia.

Capítulo IV - Atividades Complementares

O estágio na DisClínica proporcionou diversas oportunidades de participação num conjunto de atividades e projetos. Assim, este capítulo resume-se à descrição das mesmas, tendo em conta que estas constituíram grande parte do período de tempo dedicado ao estágio. Todas elas foram essenciais para as aprendizagens e crescimento não apenas em termos profissionais, mas acima de tudo no âmbito pessoal.

1. Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

A 2ª edição do Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem e I Congresso Luso-Brasileiro de Terapia Cognitiva da Infância e Adolescente (CONCRIAD) decorreu nos dias 15, 16 e 17 de outubro de 2015, no Colégio Pedro Arrupe, em Lisboa.

Este foi organizado pelo Sindicato dos Educadores e Professores Licenciados pelas Escolas Superiores de Educação e Universidades (SEPLEU), tendo como comissão organizadora a Dr.^a Ana Severino e o Dr. Rafael Silva Pereira. Este evento contou também com o apoio da Câmara Municipal de Loures, da Associação Portuguesa de Dislexia, da Associação Brasileira de Psicopedagogia, entre outras entidades. O seu folheto de apresentação e respetivo programa poderá ser consultado no anexo IX.

Ao longo dos três dias foi abordada uma panóplia de temas, trazidos pelos vários oradores convidados. Estes representaram o trabalho desenvolvido por terapeutas ao nível das dificuldades de aprendizagem, da estimulação cognitiva, da promoção da resiliência em contexto escolar e da educação socioemocional nos processos de aprendizagem.

Além dos assuntos abordados em auditório, durante a manhã do dia 17, os presentes tiveram a oportunidade de participar num curso à sua escolha, de entre vários temas. Especificando o curso nº 8, no âmbito da Bateria de avaliação das pré-competências iniciais para a Leitura e Escrita (BACLE), foi organizado por duas Psicomotricistas da equipa da DisClínica, nomeadamente a Psicomotricista estagiária Ana Margarida Ferreira e a Psicomotricista Carolina Piçarra. Este surgiu no seguimento da participação na validação da 4ª edição do referido instrumento de avaliação, que contou com a aplicação do mesmo a 200 crianças do pré-escolar (5 anos) e 200 crianças do 1ºciclo (6 anos).

Curso nº8 – BACLE

Em face ao exposto, torna-se pertinente explicitar o curso em causa. Para a sua organização, foram necessárias várias reuniões entre a estagiária Ana Margarida Ferreira e a sua coordenadora Carolina Piçarra. Numa fase inicial, foram debatidos os principais objetivos e os tópicos a serem abordados, e qual a sua ordem respetiva.

De um modo geral, o curso teve três objetivos primordiais, designadamente: a) Dotar os participantes dos pressupostos científicos que fundamentam a elaboração da BACLE revista e atualizada; b) Levar os participantes a conhecer a BACLE revista e atualizada; c) Treinar os participantes para a aplicação e cotação da BACLE revista e atualizada.

Relativamente aos conteúdos abordados, o curso decorreu segundo a seguinte ordem: 1) Breve enquadramento teórico do instrumento; 2) População-alvo; 3) Objetivos da BACLE; 4) Constituição do instrumento; 5) Duração da aplicação; 6) Profissionais que podem aplicar; 7) Cotação; 8) Apresentação de um Estudo de Caso (componente prática); 9) Vantagens e Benefícios da sua utilização.

Após lançados os objetivos, a ordem dos conteúdos e o resumo prévio do curso a ser entregue à comissão organizadora do congresso (consultar anexo X), procedeu-se à preparação de um estudo de caso, respeitando todos os procedimentos éticos necessários. O referido estudo de caso envolveu a aplicação do instrumento a uma criança que se encontrava em acompanhamento terapêutico na DisClínica, a filmagem da respetiva aplicação, cotação e análise dos resultados.

Para melhor explicar a forma de cotar as diversas tarefas que compõem o instrumento, considerou-se pertinente recolher, entre os vários cadernos de aplicação pertencentes à amostra que participou no processo de validação, as diferentes resoluções de atividades correspondentes a cada nível de cotação. Isto é, para cada atividade foram digitalizadas uma ficha cuja cotação foi 2, outra ficha cuja cotação foi 1 e por último uma ficha cuja cotação foi nula.

Neste seguimento, o estudo de caso constitui a parte prática do curso. À medida que iam sendo apresentadas as filmagens de cada uma das tarefas, era realizada uma breve reflexão conjunta, com base na explicação prévia das cotações, sendo em seguida solicitada uma cotação. Apenas no final foram apresentadas as reais cotações do estudo de caso, sendo em paralelo apresentado o relatório final, elaborado automaticamente pelo programa EXEL, cuja folha programada vem num CD em conjunto com o instrumento de avaliação.

2. Projeto Texto Editora - LEYA

Numa fase inicial do estágio, a Texto Editora lançou uma proposta de elaboração de um manual de atividades para o 1º ano de escolaridade, ao coordenador da DisClínica. Neste seguimento, toda a equipa foi convidada a dar o seu contributo para a elaboração do projeto em causa, designadamente Projeto PLIM!.

Com o referido projeto pretendia-se a organização de um manual de estimulação, constituído por atividades de diversas áreas de estimulação. Este foi elaborado em articulação com os manuais escolares da LEYA em construção para o ano letivo 2016/2017, abrangendo as disciplinas de Língua Portuguesa, Matemática e Estudo do Meio.

As áreas de estimulação que constituem o manual são a Consciência Fonológica, a Psicomotricidade, a Atenção, a Cognição e Raciocínio Lógico-Matemático, respetivamente. Deste modo, toda a equipa colaborou no projeto, sendo que cada profissional organizou as atividades inerentes à sua área profissional.

No caso da Psicomotricidade, as três Psicomotricistas trabalharam em conjunto, pelo que foram realizadas várias reuniões para a elaboração e organização das atividades a contar no manual, para além das reuniões de toda a equipa destinadas apenas a este projeto. Importa também referir que, por motivos de maior disponibilidade, a Psicomotricista estagiária ficou responsável por coordenar as tarefas associadas à área da Psicomotricidade.

De um modo global, era essencial ter dois aspetos primordiais em atenção: a) todas as atividades deveriam estar dirigidos aos alunos, com uma linguagem acessível e objetiva, tendo em conta a população-alvo; b) todas as atividades deveriam estar articuladas com os conteúdos e competências de cada unidade dos manuais de cada Área Curricular.

Neste seguimento, as atividades no âmbito da Psicomotricidade preencheram um total de 9 fichas por área articuladas com os respetivos conteúdos.

Por conseguinte, o manual teve o seu início de apresentação no dia 4 de Abril, em Lisboa.

3. Projeto Psicomotricidade em Contexto Escolar

Durante o estágio, foi proposta pela coordenação da DisClínica a elaboração de um projeto no âmbito da Psicomotricidade. Deste modo, procurou-se pensar em algo inovador e que realmente estivesse em falta. Assim surgiu o projeto intitulado por “Psicomotricidade em contexto Escolar”.

O projeto em causa teve como finalidade levar aos Jardins de Infância e às escolas a Psicomotricidade, tendo em conta o seu papel essencial para o desenvolvimento da criança e para a sua capacidade de aprendizagem. Assim, numa fase inicial, foi realizada uma breve revisão bibliográfica, por forma a fundamentar devidamente a sua importância, ao mesmo tempo que se procurou abordar de que forma isso é realizável.

Por outro lado, além de abordada a Psicomotricidade como forma educativa e preventiva, apresentou-se igualmente a sua vertente terapêutica.

Neste seguimento, foram estabelecidas as possíveis ofertas a cada escola, podendo as mesmas serem consultadas no anexo XI, respeitante ao documento a entregar nas escolas. Cada escola teria a opção de escolher as ofertas que mais lhes interessasse. Dentro dessas ofertas encontram-se a realização de **avaliações** do perfil psicomotor; **sessões de psicomotricidade** de carácter semanal; **sessões de âmbito terapêutico**; **ateliers** dinâmicos no âmbito da psicomotricidade.

Após elaboração do suporte escrito do projeto, procedeu-se à sua divulgação em Jardins de Infância e Colégios, sobretudo privados, tendo em conta a sua maior facilidade e abertura perante projetos.

4. Projeto “Os rastreios vão à escola”

O projeto os rastreios vão à escola tinha como principal objetivo levar a equipa da DisClínica a realizar rastreios gratuitos nas escolas interessadas, bem como divulgar o trabalho da mesma.

Este teve início com a divulgação do mesmo num número considerável de escolas, de forma presencial, bem como via informática, através da internet. Antes da deslocação da equipa às escolas interessadas, são enviadas fichas de sinalização. Essas fichas deverão ser preenchidas por cada professor, devendo ser preenchida uma por cada criança indicada para rastreio.

Após sinalizadas as crianças para rastreio é acordado um dia para a equipa se deslocar à escola e avaliar brevemente e informalmente as crianças sinalizadas.

Os referidos rastreios aplicam-se tanto ao nível do pré-escolar, sendo realizada uma análise no âmbito das pré-competências para a leitura e escrita, como ao nível do primeiro ciclo, observando-se no âmbito das dificuldades de aprendizagem.

Após realizados os rastreios, estes são analisados em equipa, sendo posteriormente os resultados apresentados aos professores das crianças sinalizadas. Além da apresentação dos resultados, estes são acompanhados por recomendações e sugestão de realização de avaliação formal nas áreas que se justifiquem.

5. Colaboração na validação de uma Bateria de Avaliação Neuropsicológica Infantil (BANI).

Paralelamente às restantes atividades realizadas no âmbito do estágio, foi possível colaborar na validação de um novo instrumento de avaliação, que se encontra ainda em processo.

A participação da estagiária partiu de um convite realizado pelos autores da bateria, sendo que o seu contributo consistiu na aplicação do instrumento em causa a um número considerável de crianças entre o primeiro e o quarto ano de escolaridade, e posterior cotação de cada protocolo. Neste seguimento, esta tarefa implicou a deslocação a escolas, de forma a dar seguimento a todo o processo de validação.

Relativamente à BANI, o seu protocolo é composto por 11 subtestes, nomeadamente: Orientação; Informação; Linguagem; Metalinguagem; Leitura; Escrita; Cálculo; Memória; Atenção e Concentração; Psicomotricidade e Lateralidade. Os materiais necessários para a sua aplicação são apenas um protocolo por criança, o bloco de estímulos e um cronómetro.

Quando às condições de aplicação, é necessário um espaço isento de estímulos que possam distrair a criança, devendo estar presente no mesmo pelo menos uma secretária e duas cadeiras.

Antes de se iniciarem as aplicações foi entregue, nas escolas interessadas, todos os documentos, quer de apresentação quer de procedimentos éticos. Importa referir a dificuldade em dar início às aplicações, tendo em conta a dificuldade das escolas em aderir e aceitar a participação das suas crianças no referido processo. Além disso, a

bateria é apenas aplicada a todas as crianças cujos documentos de autorização foram entregues e assinados pelos respetivos encarregado de educação.

A participação da estagiária prendeu-se a um colégio privado em Lisboa. As deslocações ao mesmo decorriam nos períodos livres, geralmente durante o período da manhã. O colégio foi bastante acolhedor, tendo existido uma colaboração bastante ativa por parte da direção do colégio e de todos os professores cujos alunos foram avaliados.

De um modo global, as crianças têm evidenciado uma colaboração participativa e ativa, aderindo bem às tarefas propostas. É também considerável o número de crianças que gostou de realizar o teste, mostrando vontade de realizar mais tarefas no final do mesmo.

6. Participação na Ação de Formação “Intervenção e Atuação Pedagógica no Autismo”

Ainda dentro do âmbito das atividades complementares ao estágio, e não menos importante, é de referir o convite por parte do coordenador da DisClínica a participar e dar o contributo no âmbito de uma Ação de formação sobre o Autismo.

A formação intitulada por “Intervenção e Atuação Pedagógica no Autismo” decorreu na Escola Secundária do Monte da Caparica e a participação da psicomotricista estagiária foi no dia 18 de Maio, entre as 18h30 e as 21h30. Durante esse período foram abordados inúmeros aspetos teóricos e práticos sobre o papel da psicomotricidade como área de intervenção nas Perturbações do Espectro do Autismo.

De forma a proporcionar um momento tanto de aprendizagem como prazeroso, procurou-se a realização de uma abordagem acima de tudo prática, dando espaço aos formandos para colocarem em prática muitos dos conceitos explorados na fase inicial da formação.

De um modo geral, o feedback por parte dos professores no final da formação foram bastante positivos os quais apelaram à necessidade de formações semelhantes, de carácter essencialmente prático.

Dificuldades e Limitações

Todo o processo inerente ao estágio foi repleto de experiências bastante positivas e de novas aprendizagens. Contudo, foi igualmente necessário enfrentar uma panóplia de dificuldades e limitações.

No entanto, o crescimento pessoal e profissional foi proporcionado não apenas pelas experiências positivas, mas acima de tudo pelas dificuldades sentidas que fizeram com que fosse necessário analisar diferentes opções de agir e a procurar a melhor solução possível para as colmatar. Deste modo, podem especificar-se as principais dificuldades sentidas.

Uma primeira dificuldade a apontar diz respeito à dificuldade em encontrar bibliografia no âmbito das DAE, tendo em conta a controvérsia em torno do significado do conceito. Embora esse seja o conceito mais atual, existe pouca bibliografia recente nesse âmbito. O mesmo se verifica quando se pretende investigar de que forma a Intervenção psicomotora poderá atuar no campo das DAE e de que forma os seus efeitos são ou não visíveis nas mesmas.

Por sua vez, a principal dificuldade de todas consistiu na falta de conhecimento do que realmente é a Psicomotricidade e a Intervenção Psicomotora e, consequentemente, na desvalorização desta como área de intervenção terapêutica. Esta falta de conhecimento verifica-se não apenas por parte das famílias e pais das crianças mas também por parte dos técnicos das diversas áreas terapêuticas e professores. Este facto fez com que o estágio e a participação em todas as atividades inerentes ao mesmo se tornasse numa luta constante pelo reconhecimento desta área e dos seus benefícios como intervenção ao nível do desenvolvimento da criança e no âmbito das dificuldades de aprendizagem.

Além do mencionado, a dificuldade apontada dificultou, numa fase inicial, a integração desta área de intervenção na equipa multidisciplinar, tendo em conta que cada técnico tinha a sua visão daquilo que é a intervenção psicomotora e no que consiste. No entanto, numa fase mais avançada, esta relação foi-se alterando, passando as intervenções e objetivos a serem discutidos com os restantes técnicos, tanto em reuniões de equipa formais, como em momentos mais informais. Este passo foi essencial para o processo de intervenção com cada criança atendida pela DisClínica, bem como para refletir um real trabalho em equipa multidisciplinar. É ainda de referir o facto de não ser realizado um plano terapêutico em equipa para cada criança, ou seja, cada profissional realiza o seu plano terapêutico com base nos resultados da sua avaliação. Uma vez que, um ponto

forte da equipa passa pela análise em reunião das avaliações das diferentes áreas e da elaboração do relatório de avaliação multidisciplinar, a elaboração de um plano terapêutico para cada criança também em equipa multidisciplinar seria um passo essencial, de modo a maximizar a visão holística da criança e garantir os resultados durante todo o processo de intervenção, trabalhando a equipa de forma transdisciplinar.

No que refere à Intervenção Psicomotora propriamente dita, também se verificaram algumas dificuldades específicas. Começando pela limitação ao nível dos instrumentos utilizados, isto porque a avaliação formal na DisClínica era apenas realizada com base na BPM e no *Reversal Test*. Relativamente à BPM, embora permita recolher bastante informação, a sua cotação é um pouco subjetiva e limitativa. Deste modo, sentiu-se a necessidade de recorrer a outros instrumentos que avaliassem as componentes relativas ao comportamento, à relação e à comunicação (GOC), bem como a instrumentos que aprofundassem componentes associadas à motricidade fina (TPMBO-2). Assim, estas foram observadas de forma informal, pelo que não foi possível a sua integração nos relatórios formais de avaliação.

Além dos aspetos já mencionado, foram ainda sentidas dificuldades ao nível da transição da DisClínica da Malo Clinic para as Clínicas Leite. Esta alteração de instalações requereu por parte tanto das crianças como da psicomotricista uma adaptação gradual ao novo espaço destinado às sessões de Intervenção Psicomotora. Isto porque deixou de se intervir em contexto de ginásio, passando a atuar num gabinete.

Por sua vez, é de destacar outras dificuldades sentidas, que foram surgindo de forma natural, em situações de maior insegurança. Dentro destas, é de referir o primeiro contacto com os pais das crianças, bem como transmitir aos mesmos as áreas a trabalhar com a sua criança, sempre com prontificação a dar resposta a todas as suas solicitações, questões e esclarecer todas as suas dúvidas.

Por fim, a limitação de maior destaque surgiu no âmbito das atividades complementares, sobretudo no âmbito do projeto PLIM!. As atividades de carácter psicomotor foram desenvolvidas procurando estimular o maior número de domínios do desenvolvimento possível, no entanto, as mesmas tiveram constantes alterações, de revisão para revisão. De um modo geral, as atividades ficaram reduzidas a atividades de mesa, em fichas a serem impressas por parte dos professores. Este facto levou a perceber que a Psicomotricidade nas escolas é ainda associada apenas a atividades grafomotoras.

Apesar de todas as dificuldades e limitações que foram surgindo no decorrer do estágio, todas elas foram essenciais, na medida em que proporcionaram novas aprendizagens e

competências. Dentro dessas, inclui-se a capacidade de adaptação a situações adversas e flexibilidade perante as mesmas, bem como o desenvolvimento de um sentido crítico, que foram essenciais para aprender a trabalhar em equipa multidisciplinar.

Conclusão

Este documento permitiu apresentar todas as experiências vivenciadas com a realização do estágio profissionalizante na DisClínica. Neste seguimento, para dar o mesmo por concluído será realizada uma reflexão pessoal acerca desta experiência.

No sentido de adequar a intervenção psicomotora à população-alvo do estágio em causa tornou-se necessária uma intensa pesquisa bibliográfica acerca das DAE e de que forma a Psicomotricidade poderá atuar sobre as mesmas. No entanto, esta revelou-se uma tarefa difícil dada a existência de uma limitada gama de bibliografia que correlacionasse ambas. Contudo, entre a bibliografia existente são de notar vários consensos, entre eles a existência de uma relação entre Psicomotricidade e Aprendizagem.

Assim, é importante que a psicomotricidade da criança se encontre bem desenvolvida uma vez que a mesma auxilia a criança a conhecer-se a si própria (Gromowski e Silva, 2014), bem como a compreender o meio que a rodeia, através do seu corpo, das suas perceções e sensações (Rossi, 2011). Por sua vez, este aspeto é essencial para o desenvolvimento da maturidade da criança, da sua consciência e inteligência, preparando-a para os processos da fala, da escrita, e da leitura (Gromowski e Silva, 2014). Além do mencionado é de destacar a crescente importância da Intervenção Psicomotora no desenvolvimento global da criança, na medida em que tem em conta, além da componente psicomotora, as componentes cognitiva e sócio-afetiva (Pereira, 2011).

Relativamente às DAE, este é o conceito mais atual e consensual. Importa então destacar que o mesmo diz respeito aos problemas de aprendizagem primários ou específicos, sendo os mesmos intrínsecos ao indivíduo (Correia, 2008 *cit in* Cruz, 2011). Neste seguimento, estes são de difícil explicação visto não se encontrarem associados a uma condição bem definida de deficiência (Correia, 2008 *cit in* Cruz, 2011). Por sua vez, tendo em conta as principais dificuldades sentidas pelo indivíduo com DAE, a psicomotricidade encontra-se entre as principais áreas de intervenção, em paralelo à leitura, o cálculo e à escrita (Ribeiro, 2010).

A DAE mais observada durante o estágio diz respeito à Disgrafia, embora muitas das vezes a mesma se verificasse em concomitância com outras (e.g. dislexia e disortografia). Este facto não é de surpreender, na medida em que como já mencionado, investigações internacionais corroboram que, apesar da diversificação das DAE, o maior enfoque recai sobre a dislexia e a disgrafia, em cerca de 80% (Fonseca, 2010a).

Relativamente ao estudo de caso (diagnosticado com disgrafia), destaca-se uma evolução positiva do mesmo, cuja diferença de resultados entre as avaliações inicial e final foi notória. São de destacar os fatores psicomotores Noção do Corpo e Estruturação Espaço-temporal, os quais evidenciaram uma maior evolução em termos quantitativos e qualitativos, seguindo-se a Praxia Global. Por sua vez, a evolução ao nível da motricidade fina, embora em termos quantitativos (através da BPM, relativos à Praxia Fina) não se tenham destacado, qualitativamente (análise através dos resultados do TPMBO-2) foram notórias as melhorias e aperfeiçoamento dos movimentos finos da criança e precisão dos mesmos. Paralelamente, é de mencionar melhoria ao nível da capacidade de Atenção, bem como ao nível do Comportamento da criança que se tornou progressivamente mais controlado e ajustado.

De um modo global, o balanço dos resultados obtidos refletidos pelas crianças acompanhadas durante o período de estágio, foram de um modo geral positivos. É no entanto de mencionar a existência de ligeiros retrocessos ao nível dos objetivos estipulados num dos casos intervencionados, surgindo a necessidade de voltar a estimular e trabalhar algumas das áreas do desenvolvimento, com destaque para o Comportamento.

A realização deste estágio contribuiu imenso não apenas para um crescimento profissional, mas acima de tudo pessoal.

Apesar do acompanhamento por parte da Dra. Carolina Piçarra, foi dado o espaço e liberdade para atuar como psicomotricista já formada, colocando em prática e consolidando todos os conhecimentos adquiridos na formação académica. Por outro lado, esta liberdade e trabalho individual permitiu a descoberta de competências, que até então eram desconhecias, ao mesmo tempo que proporcionou o consolidar das mesmas.

Foi ainda possível perceber a dinâmica e funcionamento de uma equipa multidisciplinar, num contexto clínico privado e de que forma a Psicomotricidade e a Intervenção Psicomotora poderá dar respostas adequadas às necessidades de cada criança.

Face ao exposto, foi possível ultrapassar receios, desenvolver uma maior confiança e capacidade de autonomia, ao mesmo tempo que proporcionou a aquisição de competências de flexibilidade e adaptabilidade a cada caso, tendo em conta que cada criança e respetiva família apresentam características muito distintas e próprias.

Consequentemente, ao longo do trabalho desenvolvido com cada uma das crianças acompanhadas, foi possível aprender a destacar as suas pequenas aquisições, sendo que muitas delas se mostram grandes conquistas no final de um plano terapêutico. Partir dos interesses da criança e recorrer às suas áreas fortes mostrou-se essencial para criar um espaço de confiança e prazeroso para cada criança, de modo a promover a sua participação ativa e colaborativa.

Também as atividades complementares foram fonte de grande aprendizagem e aquisição de novas competências. Estas promoveram uma ampla gama de exigências e limitações fomentando, desta forma, competências de organização, de trabalho em equipa e de ultrapassar situações adversas. Além do mencionado, estas atividades fizeram com que muitas vezes fosse necessário explorar o sentido argumentativo e crítico, com o objetivo de defender e dar a conhecer e valorizar a Psicomotricidade e a sua importância como forma de intervenção e terapia. Esta foi uma necessidade constante ao longo do estágio, uma vez que esta área de intervenção é ainda pouco conhecida, tanto pela sociedade em geral, como pelos outros profissionais.

Referências bibliográficas

- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicomossoma.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). Washington, DC: Author.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Associação Portuguesa de Pessoas com Dificuldades de Aprendizagem Específicas [APPDAE] (2014). *O que são as dificuldades de aprendizagem?* [Página da internet]. Retirado a 23 de Março de 2016, em http://www.appdae.net/o_que_sao_dif_apren.htm
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2012a). *A prática da Psicomotricidade com crianças e adolescentes com perturbações do Desenvolvimento e Aprendizagem. Psicomotricidade – práticas profissionais [Brochura]*. Retirado a 23 de Março de 2016, de <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Brochura%20Total.pdf>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2012b). *Psicomotricidade* [Página da internet]. Retirado a 23 de Março de 2016, de <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Besora, M.V. (1988). *Manual del reversal test*. Barcelona: Editorial Herder.
- Bruininks, R. H. e Bruininks, B. D. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency* (2nd ed.). Bloomington: Pearson Assessments
- Camargo, M. J. G. (2010). *Disgrafia Motriz* [Página da internet]. Retirado a 23 de Março de 2016 em <http://www.profala.com/artto22.htm>
- Carvalho, J. (2005). *Terapia Psicomotora em Contexto Hospitalar. A Psicomotricidade*, 6, 73-78.

- Cinel, N.C.B. (2003). Disgrafia- prováveis causas dos distúrbios e estratégias para a correção da escrita. *Revista do Professor*. Retirado a 16 de Fevereiro de 2016 em <http://www.portal.educacao.salvador.ba.gov.br/site/documentos/espaco-virtual/espaco-praxis-pedagogicas/DIFICULDADE%20DE%20APRENDIZAGEM/disgrafia.pdf>
- Clínicas Leite (2012). *História e inovação* [Página da Internet]. Retirado a 24 de Março de 2016, em <http://clinicasleite.pt/#/pt/clinica/historia-e-inovacao/>
- Codeço, A. (2010). *A importância da Intervenção Psicomotora em crianças com Dificuldades de Aprendizagem Específicas da Leitura* (Dissertação de mestrado não publicada em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana, Cruz-Quebrada. Retirado de <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2830/1/Artigo%20Te%C3%B3rico%20Final.pdf>
- Correia, L. M. (2004). Problematização das dificuldades de aprendizagem nas necessidades educativas especiais. *Análise Psicológica*, 2(12), 369-376.
- Correia, L. M. (2007). Para Uma Definição Portuguesa De Dificuldades De Aprendizagem Específicas. *Rev. Bras. Ed. Esp.* 13(2), 155-172.
- Correia, L. M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Cortiella, C. e Horowitz, S. H. (2014). *State of Learning Disabilities: Facts, Trends and Emerging Issues*. New York: National Center for Learning Disabilities.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança, Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: Lidel
- Cruz, V. (2011) Dificuldades de aprendizagem específicas: uma abordagem e seus fundamentos. *Revista de Educação Especial*, 24(41), 329-346. Retirado de <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/viewFile/4113/2689>
- Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro. *Diário da República nº 4 – I série*. Ministério da Educação. Lisboa

- Díaz, M. M. (1980). Estudio sobre indicadores de validez del Reversal Test. *Aula abierta*, 30, 66-76.
- Domínguez, D.M. (2013) Psicomotricidad y dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura. In D. M. Domínguez. *Psicomotricidad e Intervención Educativa* (pp. 165- 188). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Edfeldt, A. W. (1955). *Reversal Test*.
- Ferreira, A. M., Piçarra, C., Fontes, E., Vinhas, M. D., Pereira, R. S. e Gamboa, R. M. (2015). A importância de uma Avaliação Multidisciplinar. In R. S. Pereira. *Abordagem multidisciplinar da aprendizagem* (pp. 215-227). Lisboa: QualConsoante
- Filipe, C. N. (2012). Dificuldades de Aprendizagem no Adolescente e no Adulto: Formas de Apresentação e Diagnóstico Diferencial. *Revista Diversidades*. 36, 4-7.
- Fonseca, V. (1999). *Insucesso Escolar – abordagem psicopedagógica das dificuldades de aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (2006). *Terapia psicomotora: estudo de casos* (5ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18, 42-52.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH
- Fonseca, V. e Oliveira, J. (2009). Aptidões Psicomotoras e Aprendizagem – Estudo Comparativo e Correlativo com base na Escala de McCarthy. *Cadernos Psicoeducacionais*. Lisboa: Âncora Editora.
- Gromowski, V. e Silva, J. A. (2014). Psicomotricidade na Educação Infantil. *Psicologado*. Retirado a 24 de Março de 2016 de <http://psicologado.com/atuuacao/psicologia-escolar/psicomotricidade-na-educacao-infantil>

- Lièvre, B. e Staes, L. (2012). *La Psychomotricité Au Service De L'Enfant, De L'Adolescent Et De L'Adulte - Notions Et Applications Pédagogiques* (6ª ed.). Bruxelas: Groupe De Boeck.
- Malo Group (2015). *Malo Clinic Medical Care* [Página da Internet]. Retirado a 5 de novembro de 2015, em <http://medical.maloclinics.com/MedicalCare/Lisboa.aspx>
- Marques, J., Castro, M., Gonçalves, P. e Martins, R. (2012). *Grelha de Observação do Comportamento*. Grelha desenvolvida no Núcleo de estágio em Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa.
- Martins, L., (2007). A psicomotricidade na Infância. *O jornalinho*. Nº2. Estimulopraxis-centro de desenvolvimento infantil.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH
- Maximiano, J., (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*. 1(1), p.85-95. Retirado a 25 de Janeiro de 2016, em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/60>
- National Joint Committee on Learning Disabilities [NJCLD] (1998). Operationalizing the NJCLD definition of learning disabilities for ongoing assessment in schools. *Asha*, 40 (18).
- Pereira, C., (2011). Psicomotricidade e aprendizagem. *O jornalinho*. Nº.9. Estímulopraxis-centro de desenvolvimento infantil.
- Prior, C. E Pereira, G. (2012). DSM.5: O que há de novo relativamente às Dificuldades de Aprendizagem?. *Revista Diversidades*. 36, 10-12.
- Ribeiro, L. (2010). Abordagens da intervenção nas Dificuldades de Aprendizagem Específicas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17(4), 7-12.
- Rivière, J. (2010). L'évaluation des soins en psychomotricité: la thérapie psychomotrice basée sur les preuves versus la psychomotricité relationnelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 168(2), 114-119.

- Rossi, F. (2011). Considerações sobre a Psicomotricidade na Educação Infantil. *Revista Vozes dos Vales: Publicações Acadêmicas*.
- Silva, A. B. e Borges, P. F. B. (2008). A importância da psicomotricidade na educação infantil. *Revista de pedagogia perspectivas em educação*. 3 (1), 1-20.
- Silva, R., (2010). Benefícios na educação Infantil. *O jornalinho*. Nº5. Estimulopraxis-centro de desenvolvimento infantil.
- Torres, R.M.R. e Fernández, P. (2001). *Dislexia, disortografia e disgrafia*. Amadora: McGraw-Hill.
- Vieira, J.P. (2009). *Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. Perspetivas*, 3(11), 64-68.

ANEXOS

Anexo I – Cronologia das atividades 2015/2016

Atividades desenvolvidas 2015/2016		
Setembro de 2015	2	Reunião de equipa na DisClínica e 1ª Reunião com o Professor Doutor Rafael Pereira e a Mestre Carolina Piçarra no âmbito do estágio.
	23	Reunião com o Professor Doutor Vítor Cruz na Faculdade de Motricidade Humana
Outubro de 2015	6	Reunião no Colégio Pedro Arrupe, no âmbito do 2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem; Reunião no âmbito do Projeto Leya
	7	Reunião com as psicomotricistas da equipa, no âmbito do Projeto Leya para elaboração das atividades
	12	Reunião com as psicomotricistas da equipa, no âmbito do Projeto Leya para elaboração das atividades
	15, 16 e 17	2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem
	19	Reunião na DisClínica com Prof. Dra Maria de Lourdes Tabaquim, Dra Cristiane Corina Maia e Dra Rosa Brito, para apresentar a Intervenção Psicomotora na DisClínica.
Novembro de 2015	4	Reunião de equipa na DisClínica
	24, 25 e 26	Reunião com as psicomotricistas da equipa, no âmbito do Projeto Leya para elaboração das atividades
Dezembro de 2015	9	Reunião com o coordenador de equipa para receber o feedback inicial às atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto LEYA
	16	Reunião com a direção da Creche e Jardim de Infância da Junta de Freguesia de Moscavide e Portela para apresentação do projeto "Psicomotricidade em contexto escolar"
		Reunião de Equipa DisClínica
Janeiro de 2016	6	Reunião com o coordenador de equipa Rafael Pereira <ul style="list-style-type: none"> Proposta de colaboração na validação de uma bateria de avaliação no âmbito da Neuropsicologia

		Reunião nas Clínicas Leite <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do espaço destinado à DisClínica • Apresentação de todos os elementos da equipa.
	13	Reunião com o Professor Doutor Vítor Cruz na Faculdade de Motricidade Humana <ul style="list-style-type: none"> • Ponto de situação • Apresentação dos novos projetos
	28	Reunião de equipa nas Clínicas Leite
Março de 2016	3	Rastreios no Externato Nossa Sr. da Paz (12 crianças sinalizadas)
	15	Reunião com o Dr Rafael Pereira, no âmbito da elaboração de um Manual de Intervenção na Disgrafia.
	17	Reunião com o Dr Rafael Pereira e o Dr Rui Carreteiro, no âmbito da validação da Bateria de Avaliação Neuropsicológica Infantil (BANI), nas Clínicas Leite
	19	Rastreios no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem, nas Clínicas Leite
Abril de 2016	6	Reunião com os profissionais colaboradores no âmbito da validação da BANI
	20	Reunião com a Dra Maria de Lurdes, diretora do <i>Queen Elizabeth School</i>
	23	Apresentação do estágio na Disclínica, no Seminário Formativo no âmbito das Atividade de Investigação e Aprofundamento de Competências Profissionais, na Faculdade de Motricidade Humana.
	26	Início das aplicações da Bateria de Avaliação Neuropsicológica Infantil (BANI)
Maio de 2016	3	Reunião com o Dr Rui Carreteiro, na Clínica Dra Helena Simões, para esclarecimento de dúvidas no âmbito da aplicação e cotação da BANI
	4	Reunião de Equipa, nas Clínicas Leite
	18	Formação no âmbito do autismo para professores: Intervenção Psicomotora nas PEA

Anexo II – Crianças Observadas / Acompanhadas em Psicomotricidade

Nome	Género	Data de Nascimento	Diagnóstico	Intervenção	Observações
D.M.	Masculino	15-09-2005	Disgrafia	Avaliação e intervenção individual	
A.M.	Masculino	15-10-2008	Atraso Global do Desenvolvimento	Avaliação e intervenção individual	
D.F.	Masculino	22-08-2009	Défice Cognitivo	Avaliação	Mesmo sendo sugerido, não prosseguiu para intervenção
J. R.	Masculino	19-09-2006	Dislexia Disortografia	Avaliação	Mesmo sendo sugerido, não prosseguiu para intervenção
D. C.	Feminino	27-09-2007	Dislexia	Avaliação	Mesmo sendo sugerido, não prosseguiu para intervenção
D.S.	Masculino	20-07-2004	Disgrafia	Avaliação	Mesmo sendo sugerido, não prosseguiu para intervenção
S.F.	Masculino	01-08-2008	Dislexia Disortografia	Avaliação e intervenção individual	
B.B.	Feminino	19-02-2001	Paralisia Cerebral (e Dificuldades a nível cognitivo)	Avaliação/Observação informal e intervenção individual	
J. A.	Masculino	08-06-2004	Disgrafia	Avaliação e intervenção individual	
A.G.	Feminino	22-03-2005	—————	Avaliação e alta	
J.G.	Masculino	06-03-2007	Dislexia Disgrafia	Avaliação	Mesmo sendo sugerido, não prosseguiu para intervenção
F.B.	Masculino	30-09-2008	Disgrafia	Avaliação	Mesmo sendo sugerido, não prosseguiu para intervenção
R.C.	Masculino	24-03-2005	—————	Avaliação e alta	
M.A.	Feminino	5-11-2005	Discalculia	Avaliação e alta	
M.S.	Feminino	6-09-2002	Discalculia	Avaliação e alta	

Anexo III - Alguns dos Materiais de Intervenção

Tapete de letras e números (de encaixes)



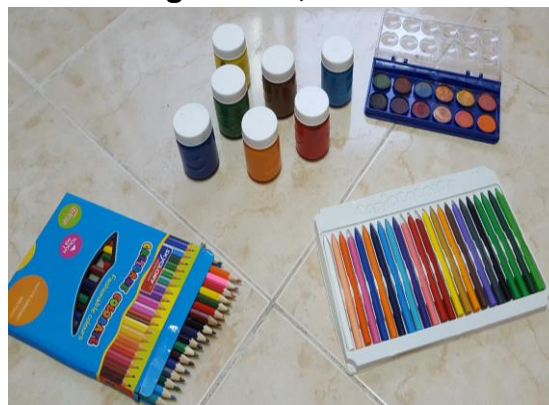
Peças de construção de madeira



Letras e Números



Lápis de cor; Lápis de cera; Aguarelas; Tintas



Corda



Plasticina e peças de modelar



Torre sensorial



Contas PSYLA e respectivas placas



Jogo 4 em Linha



Arcos desmontáveis de várias cores



4 em Linha Gigante



Raquetes e bolas



Cana e Peixes



Instrumentos Musicais



Quadro Branco; Quadro de Cortiça



Pés e Mãos



Molas



Anexo IV – Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

No seguimento do acompanhamento do desenvolvimento da sua criança na DisClínica, considera-se de extrema utilidade a gravação em filme e fotografia do trabalho desenvolvido nas sessões de intervenção psicomotora. Com isto, pretende-se facilitar a análise e discussão da evolução e do comportamento da criança.

Para efeitos de investigação, formação, ou outros fins científicos, poderá vir a ser importante a exibição destas imagens, bem como de dados anamnésicoa, nomeadamente em congressos da especialidade e/ou publicações.

Eu, _____, portador do B.I./C.C. nº. _____, na qualidade de _____ (grau de parentesco) autorizo:

- A realização de filmagens para visualização dentro da DisClínica. SIM ____ NÃO ____
- A eventual visualização das imagens e apresentação de dados anamnésicos para efeitos de investigação, formação ou com outros fins científicos. SIM ____ NÃO ____

De _____ (nome da criança)
portador do B.I./C.C. nº. _____.

Assinatura

Em qualquer uma das vias de publicação ou recurso às imagens, garante-se o mais estrito anonimato das pessoas envolvidas.

Lisboa, _____ de _____

A Psicomotricista

(Ana Margarida Ferreira)

Anexo V – Relatório de Avaliação Formal do D.M. (Estudo de Caso)



RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOMOTORA

Nome: D.M.

I.C.: 10 anos e 1 meses

Motivo: Compreensão das competências psicomotoras

Avaliado por: Ana Margarida Ferreira

Data da Observação: 10/11/2015

Instrumentos de Avaliação

A avaliação formal teve por base a **Bateria Psicomotora** (Vitor da Fonseca, 1975). Esta destina-se ao estudo do perfil psicomotor da criança, caracterizando as potencialidades e dificuldades da mesma, dando suporte a identificar e intervir nas dificuldades de aprendizagem psicomotora e satisfazendo as necessidades específicas da criança.

Foi também utilizado nesta avaliação o **Reversal Test** (Ake W. Edfeldt, 1955) sendo esta uma prova cujo objetivo é avaliar a percepção visual – discriminação e posição espacial – podendo detetar possíveis dificuldades com que a criança se poderá deparar no momento em que inicia ou prossegue a aprendizagem da leitura.

Comportamento da Criança durante a Avaliação

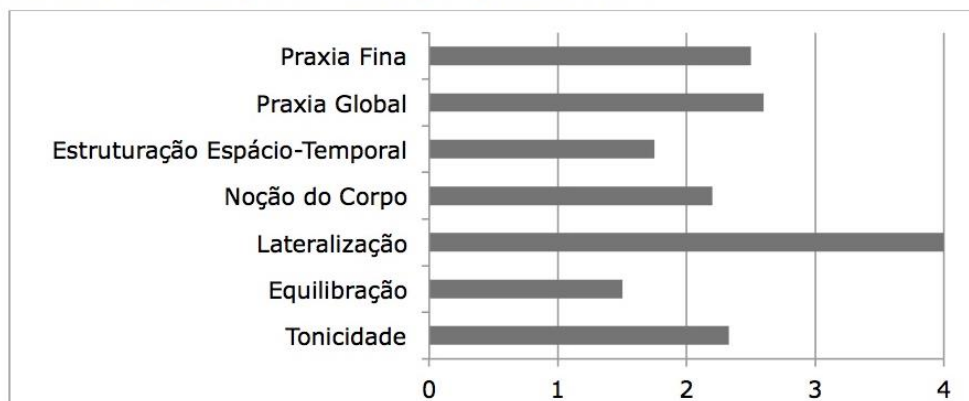
O D. mostrou-se uma criança simpática, comunicativa e bastante desinibida, partilhando alguns dos seus interesses e vivências relativas à escola. Aceitou à realização das tarefas inerentes à avaliação psicomotora de forma colaborante, contudo, ao longo da mesma, o seu grau de atenção não se manteve constante, pelo que muitas das vezes se mostrou desatento e manifestou irrequietude e impulsividade. Paralelamente, abstraía-se constantemente com os materiais existentes no gabinete, querendo tocar em todos. Todavia manteve-se motivado durante toda a avaliação e não mostrou qualquer dificuldades na compreensão das tarefas que constituíram a mesma.

Resultados

BATERIA PSICOMOTORA

O D. apresenta resultados heterogéneos, os quais são indicadores da presença de algumas dificuldades psicomotoras específicas, sendo que, quando analisado cada fator individualmente, os resultados seguem a mesma direção. Pela aplicação da Bateria Psicomotora o D. apresenta, de um modo global, um perfil psicomotor normal (perfil eupráxico – 17 pontos), sendo importante especificar os resultados obtidos em cada domínio.

Apresenta-se, de seguida, o gráfico relativo ao perfil psicomotor do D..



Segue-se uma descrição do desempenho qualitativo no controlo respiratório e de cada fator psicomotor individualmente.

CONTROLO RESPIRATÓRIO

O D. apresentou uma boa amplitude torácica bem como uma ritmicidade respiratória adequada. Em relação à coordenação toracoabdominal não evidenciou qualquer dificuldade, sendo harmoniosa.

TONICIDADE

A tonicidade assume uma função de integração sensorial de grande significação, fundamental na regulação dos estados mentais e de alerta. No que diz respeito ao nível tónico, o D. apresenta um perfil hipertónico, evidenciando dificuldades na extensibilidade, principalmente nos membros superiores (não toca com os cotovelos nem com o polegar nas respetivas explorações), acusando uma maior resistência e mobilização mais forçada dos segmentos referidos. Revela também dificuldades em descontraír os membros, com continuação voluntária dos movimentos oscilatórios e pendulares provocados exogenamente, principalmente ao nível dos membros superiores. Paralelamente evidenciou algumas manifestações emocionais (e.g. sorrisos). Não relevou capacidade de abandono dos membros e de autorelaxação, apresentando tensões e alguma rigidez ao nível da musculatura proximal e distal. Quanto aos movimentos de pronação e supinação, estes foram realizados de forma descoordenada e arritmicamente, sobretudo aquando da realização simultânea. Apresentou também ligeiras contrações tónicas faciais associadas à tarefa em que este parâmetro foi avaliado.

EQUILIBRAÇÃO

A equilíbrio é uma condição básica da organização psicomotora, envolvendo uma multiplicidade de ajustamentos posturais antigravíticos que dão suporte à resposta motora. O D. revelou dificuldades na imobilidade, permanecendo imóvel por menos de 30 segundos e apresentando desequilíbrios e reequilibrações frequentes do deslocamento do centro de gravidade direita-esquerda e frente-trás. Nas restantes tarefas de equilíbrio estático (apoio rectilíneo, apoio na ponta dos pés e apoio unipedal) evidenciou dificuldades, denotando-se frequentes desequilíbrios e movimentos associados. Já no

equilíbrio dinâmico, a marcha controlada foi realizada com pausas frequentes, reequilibrações e movimentos involuntários. Nas tarefas que requerem o uso simultâneo dos membros inferiores (saltos a pés juntos) ou em apoio unipedal (pé coxinho), apresentou dificuldades, revelando impulsividade, alterações de amplitude e desvios direcionais. Nas tarefas que exigem os olhos fechados, verifica-se um maior receio e presença de movimentos involuntários.

LATERALIZAÇÃO

As tarefas que avaliam este fator visam determinar a consistência da preferência dos telereceptores (visão e audição) e dos propioefetores (mão e pé). O D. realizou todas as tarefas sem hesitações e com proficiência, revelando uma preferência pela direita em todas elas (perfil DDDD).

NOÇÃO DO CORPO

Este fator compreende a receção, análise e armazenamento de informações corporais. O D. nomeou 12 das 16 partes do corpo em que foi tocado e o lado a que correspondem. Apenas não soube designar o dedo médio, anelar e mínimo e, quando tocado no joelho esquerdo, nomeou perna esquerda. Reconhece a direita e a esquerda no seu próprio corpo, contudo apresentou algumas dificuldades em reconhecer no corpo do outro (localização reversível, envolvendo a mudança do conceito de localização espacial). Na imitação de gestos, que envolve a receção, análise, retenção e reprodução de posturas e gestos, reproduziu uma das quatro figuras espaciais, realizando as restantes com distorções perceptivas (inimitação). Relativamente ao desenho do corpo, o D. apresentou uma figura humana muito desproporcional, com conteúdo desinvestido, com traço imaturo e pouco organizado em formas e proporções.

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

Este fator psicomotor envolve a integração cortical de dados espaciais e temporais (rítmicos) e avalia a capacidade de organização do corpo e de objetos no tempo e no espaço. O D. demonstrou uma ligeira dificuldade ao nível da capacidade espacial concreta de calcular distâncias e de ajustar os planos motores necessários para as percorrer. Realizou os percursos com um ligeiro descontrolo no final das passadas (alargamento ou encurtamento), tendo errado num dos cálculos (9 passos menos 3, disse 7). Teve também dificuldade na memorização sequencial visual a curto prazo de estruturas espaciais (realizou duas das seis tarefas), revelando bastante impulsividade. Por outro lado, mostrou-se competente ao nível da capacidade de interiorização e realização de uma trajetória espacial apresentada num levantamento topográfico, evidenciando apenas ligeiras hesitações. No que refere à estruturação rítmica, o D. foi incapaz de reproduzir qualquer uma das sequências de batimentos, demonstrando dificuldades na integração rítmica.

PRAXIA GLOBAL

As tarefas que avaliam este fator psicomotor envolvem a organização da atividade consciente, bem como a sua planificação, regulação e verificação. O D. evidenciou dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual, que compreende a capacidade de coordenar movimentos manuais com referências

perceptivo-visuais, tendo encestado apenas um de quatro lançamentos e sem reajustar o seu planeamento motor. O mesmo verificou-se ao nível da coordenação óculo-pedal. Na tarefa de dissociação de movimentos, o D. revela apenas dificuldades no planeamento motor e autocontrolo na coordenação entre os membros superiores e inferiores, sendo que a tarefa de agilidade foi executada com movimentos pouco harmoniosos.

PRAXIA FINA

As tarefas que avaliam este fator psicomotor compreendem a micromotricidade e a perícia manual. Na tarefa de coordenação dinâmica manual, apesar de inicialmente o D. evidenciar dificuldade em compreender o mecanismo de encaixe dos *clips*, rapidamente entrou na dinâmica, tendo composto e decomposto a pulseira de clips em aproximadamente 6 minutos, com uma adequada dextralidade bimanual e adequado autocontrolo visuomotor. Por outro lado, a prova de tamborilar, que envolve a dissociação digital, foi realizada com um fraco planeamento micromotor e hesitações na sequência da mesma, com repetições e saltos na sequência de otonibilidades. Por último, a tarefa de velocidade-precisão foi executada adequadamente em ambas as subtarefas, verificando-se apenas ligeiras hesitações na sequencialização das mesmas.

REVERSAL TEST

O D. realizou esta prova em 5 minutos e 39 segundos. Obteve uma pontuação direta de 66 pontos, encontrando-se entre os percentis 23 e 40 (acima do P23 e abaixo do P40).

A nível qualitativo os erros cometidos encontram-se essencialmente relacionados com itens de simetria simples (direita-esquerda) (13 em 20 itens) e com itens que não admitem sobreposição.

CONCLUSÃO

O D. apresenta, de um modo global, um perfil psicomotor normal (perfil eupráxico – 17 pontos). No entanto, o seu perfil intra-individual apresenta fatores psicomotores diferenciados, com dificuldades específicas. Deste modo, alguns subfatores revelam imaturidade ou imprecisão de controlo, como é o caso dos fatores psicomotores Tonicidade, Equilíbrio, Noção do Corpo e Estruturação Espaço-temporal. Os fatores psicomotores referidos anteriormente, que apresentam uma pontuação mais baixa, são fundamentais para um desenvolvimento psicomotor e escolar harmonioso, pelo que é essencial que sejam desenvolvidos o mais precocemente possível. Por sua vez, os erros cometidos no Reversal Test, foram essencialmente ao nível da simetria simples (direita-esquerda), os quais poderão interferir com as letras que no plano se podem confundir pela sua orientação (e.g. d/b; p/q).

Aconselha-se, desta forma, o acompanhamento em sessões de intervenção psicomotora, de modo a promover todos os fatores psicomotores.

Recomendações

Com base nos resultados obtidos com a avaliação, seria importante promover e potenciar a melhoria das dificuldades específicas sinalizadas no decurso da mesma. Assim, além da importância de um acompanhamento em sessões de intervenção psicomotora, é essencial que sejam realizadas determinadas atividades em contexto familiar/escolar, de forma a maximizar os resultados. Assim recomenda-se:

- Desenvolver atividades de relaxação que estimulem a descontração muscular e de autorelaxação (exercícios de contração/descontração e respiração);
- Realização de jogos psicomotores que promovam o equilíbrio estático, ou seja, a inibição voluntária do movimento durante o curto período de tempo (e.g. realização de jogos de estátuas onde o D. deverá inibir o movimento durante pelo menos 20 segundos) e o equilíbrio dinâmico (e.g. realização de jogos que envolvam saltos a pé-coxinho e caminhar sobre uma trave);
- Fomentar a memorização e reprodução de ritmos previamente realizados pelo adulto (as estruturas rítmicas deverão ser inicialmente simples, aumentando em grau de complexidade);
- Promover a coordenação óculo-manual e óculo-pedal potenciando as suas funções de planificação motora (e.g. realizar jogos de encestar a bola e de marcar golo numa baliza, respetivamente);
- Estimular a atenção e a memória a curto prazo, através da memorização de estruturas espaciais ou sequências de letras, números ou palavras;

Lisboa, 16 de novembro de 2015

A Psicomotricista

Ana Margarida Ferreira

(Ana Margarida Ferreira)

Anexo VI – Sessões do D.M.

Sessão/ Dia	Principais Atividades desenvolvidas	Domínios do Desenvolvimento
Nº1 29 Out 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Conversa acerca das sessões de intervenção psicomotora: a criança e a terapeuta sentados sobre o tapete. Foi dada a possibilidade à criança para colocar questões nesse âmbito, bem como foram referidas possíveis atividades a realizar. Este momento surgiu no seguimento de uma questão da criança sobre o que o que se faz em psicomotricidade. - Quebra gelo: recorrendo a uma bola (indicado pela criança como sendo o seu objeto preferido), a terapeuta lança-a para a criança, fazendo uma pergunta pessoal à mesma. Em seguida a criança repete, lançando a bola à terapeuta e colocando-lhe uma questão. E assim sucessivamente. A bola deverá ressaltar dentro de um arco que se encontra entre a criança e a terapeuta. - Atividade à escolha da criança: previamente foram apresentados diversos materiais a serem utilizados nas sessões. A criança encontrava-se hesitante e a dispersar a sua atenção, pelo que solicitou a ajuda da terapeuta. Neste seguimento, a criança em conjunto com a terapeuta construiu um circuito. 	Socialização Motricidade Global
Nº2 5 Nov 2015	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade com balão: Frente a frente, a criança deverá lançar o balão para a terapeuta e assim sucessivamente, de várias formas (com ambas as mãos; só com a mão esquerda; só com a mão direita; só com a mão esquerda; com várias partes do corpo, sem utilizar as mãos) – sem nunca o balão cair ao chão. - Circuito de obstáculos: <ol style="list-style-type: none"> (1) Passar sobre os pés e as mãos que se encontram no chão, respeitando a esquerda e a direita; (2) Caminhar sobre uma corda (pé-ante-pé para a frente; pé-ante-pé para trás; de lado); (3) Passar sobre um colchão (realizando rolamentos laterais, rolamentos para a frente); (4) Contornar pinos, transportando uma bola; (5) Acertar com a bola dentro de um cesto. - Atividade de retorno à calma: a criança deverá realizar diversos movimentos corporais, ao som de uma música, mediante solicitação da terapeuta (e.g. rodar a cabeça, rodar a cintura, movimentar os braços, etc). 	Motricidade Global Equilibração Noção do Corpo Socialização Comportamento
Nº3 12 Nov 2015	<p>Construção de um puzzle do corpo (Desenho do Corpo)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numa fase inicial, a criança em conjunto com a terapeuta 	Noção do Corpo Motricidade Fina

	<p>cola com fita adesiva várias folhas A4, até perfazer as suas dimensões.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em seguida, a criança deita-se sobre as folhas, para que a terapeuta realize o seu contorno. - Realizado o contorno do contorno do seu corpo, a criança deverá completá-lo, desenhando, pintando e até colando recortes de revistas. Para isso deverá apresentar-se à criança um conjunto de materiais, dando-lhe liberdade para escolher os que pretende utilizar (e.g. tintas, lápis de cor, lápis de cera, revistas para recorte, cola, tesoura...). 	
<p>Nº4 19 Nov 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - “Corrida dos arcos”: A criança deverá deslocar-se até ao fundo do ginásio, com apenas dois arcos, sem pisar o chão fora dos mesmos. Posteriormente, deverá deslocar-se até ao fundo do ginásio com apenas um arco, passando o seu corpo sucessivamente pelo interior do arco. A atividade poderá ser realizada em conjunto com a terapeuta. - Jogo de memória e orientação no espaço: Observar atentamente e memorizar a posição dos arcos (azul, verde, vermelho e amarelo) no espaço, expressando verbalmente aquilo que vê. Posteriormente, a criança deverá ultrapassar uma sequência de obstáculos, de olhos vendados, seguindo as orientações da terapeuta (nº de passos e para onde os dar), sem poder retirar a venda e podendo tocar em três obstáculos. Ainda sem retirar a venda, a criança deverá identificar em que arco se encontra. - Atividade à escolha da criança: A criança escolheu o “Quatro em linha gigante”. Neste jogo, a criança deverá lançar bolas para um alvo (jogo 4 em linha) com o objetivo de colocar as da mesma cor em linha. Poderá ser jogado em conjunto com a terapeuta, sendo atribuído a cada um conjunto de bolas de cor diferente. - Momento de relaxação: nestes momento a criança deverá estar deitada sobre um colchão, na posição de decúbito dorsal. Realização de movimentos passivos nos membros da criança, sendo posteriormente solicitado à mesma que contraia e descontraia os mesmos. 	<p>Motricidade Global Estruturação Espácio-temporal Tonicidade Socialização Comportamento</p>
<p>Nº5 26 Nov 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização gráfica de um circuito no quadro (organizado pela criança, com o auxílio da terapeuta) - Realização do Circuito: a criança terá de passar por um circuito de obstáculos, mantendo uma bola em cima da raquete, sem deixar cair. O circuito é composto por: (1) colocar um pé em cada um dos pés que se encontram chão, respeitando a direita e a esquerda, (2) circundar três pinos (3) caminhar sobre a corda; (4) colocando a bola por fim, dentro do cesto. 	<p>Motricidade Global Lateralidade Cognição Perceção Socialização Comportamento</p>

	<p>- Atividade dos arcos: A criança e a terapeuta encontram-se frente a frente, com quatro arcos alinhados entre ambos. Com uma bola de ténis, a criança deverá lançar a mesma, de forma a que esta toque no interior apenas dos arcos indicados pela terapeuta (e.g. encontrando-se os arcos seguindo a ordem azul, amarelo, verde e vermelho, a terapeuta solicita à criança que a bola toque apenas no interior do arco verde e vermelho). Em seguida é dada a possibilidade à criança de sugerir os arcos em que a terapeuta deverá acertar e assim sucessivamente.</p> <p>- Jogo Pedagógico: “Descobre as diferenças” (entre duas imagens)</p>	
<p>Nº6 3 Dez 2015</p>	<p>- Construção de animais com figuras geométricas</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) a criança recorta várias formas geométricas, apresentadas pela terapeuta. Previamente é realizada uma abordagem às mesmas pela terapeuta; (2) É apresentado um conjunto de imagens à criança, que consistem em animais construídos com figuras geométricas. A criança deverá escolher 3 animais para construir; (3) Recorrendo às figuras geométricas que recortou, a criança deverá construir os 3 animais escolhidos, colando as figuras numa folha branca; (4) A criança deverá pintar os animais, recorrendo a aguarelas e um pincel. <p>- Atividade à escolha da criança: com uma bola, contornar os pinos e marcar golos numa baliza.</p> <p>- Momento de relaxação: De olhos fechados, na posição de decúbito dorsal sobre o colchão. Com um balão, a terapeuta percorre o corpo da criança, com o intuito que a mesma regule o seu tônus muscular. É ainda solicitado que a mesma nomeie as partes do corpo em que é tocado.</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Tonicidade Comportamento Linguagem</p>
<p>Nº7 10 Dez 2015</p>	<p>- Construção de um Jogo da Memória: a atividade subdivide-se nas seguintes etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) São dados seis cartões A5 (em branco) à criança, nos quais a mesma deverá desenhar, contornando um pau de gelado em diversas posições. Sugere-se ainda que a criança desenhe um número diferente de paus por cartão, de forma a diferenciar o grau de dificuldade de cada um; (2) De acordo com as cores de paus de gelado apresentados, a criança deverá pintar os cartões, recorrendo ao material que mais lhe interessar (e.g. lápis de cor, lápis de cera; marcadores...). A criança deverá evitar ao máximo pintar fora dos contornos que realizou. (3) Elaborados os cartões prossegue-se para a concretização do Jogo da memória <p>- Jogo da Memória: com os cartões anteriormente elaborados pela criança, realiza-se o jogo da memória o qual</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Comportamento</p>

	<p>deverá seguir as seguintes instruções:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Os cartões são colocados por ordem crescente de complexidade; (2) É dado à criança um cartão de cada vez, pela ordem anteriormente estabelecida. É atribuído um tempo no qual a criança deverá analisar/observar o cartão, memorizando-o. (3) Com os paus de gelado na sua mão, a criança terá de os colocar nas posições e segundo as respetivas cores, tal como estavam no cartão. Caso a criança não acerte à primeira, dá-se um segundo momento de observação (mas mais breve que o anterior) 	
<p>Nº8 17 Dez 2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construção de palavras: com uma bola, a criança deverá acertar em letras que se encontram na parede (previamente coladas pela terapeuta). Para isso deverá primeiro percorrer um pequeno circuito: <ol style="list-style-type: none"> (1) Caminhar sobre uma corda, segundo as variantes: <ul style="list-style-type: none"> -Pé-ante-pé para a frente -Pé-ante-pé para trás -De lado (2) Driblar a bola ao mesmo tempo que circunda os pinos. <p>Assim que a criança acerta numa letra, deverá realizar o percurso no sentido inverso. Posteriormente deverá fazer o registo das letras em que vai acertando, e escrever o maior número de palavras possível com as mesmas.</p> - Construção com peças Psyla: sobre uma placa branca, com as peças psyla, a criança deverá construir uma imagem à sua escolha (previamente escolhida pela criança). - Desenho alusivo às atividades desenvolvidas 	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Comportamento Cognição</p>
<p>Nº9 7 Jan 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade de Estruturação Rítmica: A criança deverá circular pelo ginásio, expressando-se corporalmente ao ritmo realizado pela terapeuta, com uma pandeireta. Pelo ginásio encontram-se dispersos vários objetos (bola; corda; cones; arcos..). Sempre que a terapeuta para o ritmo, a criança deverá realizar uma tarefa motora com o objeto que se encontrar mais próximo de si. - Circuito: (1) colocar o pé direito nos triângulos e o pé esquerdo nos círculos; (2) circundar quatro pinos ao mesmo tempo que realiza movimentos com a bola – se for dada uma palma deverá atirar a bola ao ar e apanhar; se forem dadas duas palmas deverá driblar a bola, com três palmas, deverá conduzir a bola com o pé; (3) realizar um lançamento para o cesto ou para a baliza. - Jogo livre escolhido pela criança - Momento de relaxação: trabalhar capacidade de abandono dos membros da criança, recorrendo a um lenço para executar movimentos passivos dos mesmos. 	<p>Motricidade Global Equilíbrio Lateralidade Cognição Estruturação Espácio-temporal Tonicidade</p>

<p>Nº10 14 Jan 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo “condução pelos obstáculos”: de olhos vendados, a criança deverá ser conduzida por um percurso de obstáculos, sendo capaz de seguir as instruções <ul style="list-style-type: none"> (a) tocar 1 vez nos dois ombros ao mesmo tempo – avançar (b) tocar 2 vezes nos dois ombros ao mesmo tempo – parar (c) tocar 1 vez no ombro direito - virar à direita (d) tocar 1 vez no ombro esquerdo - virar à esquerda Posteriormente, dar oportunidade à criança de conduzir uma das técnicas. - Atividade de modelagem de plasticina: inicialmente é atribuída uma folha à criança, com várias formas geométrica (de várias cores e tamanhos). Assim, a criança deverá construir as mesmas formas que vê na folha, com a plasticina, respeitando a cor, forma e tamanho das mesmas. 	<p>Cognição Equilíbrio Comportamento Linguagem</p>
<p>Nº11 21 Jan 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade à escolha da criança: para ativação geral foi dada a possibilidade à criança de escolher uma atividade. Assim, o D.M. escolheu realizar lançamentos de uma bola para um alvo (neste caso um cesto). Solicitou ainda que a terapeuta jogasse consigo, como sua adversária. Além do mencionado, a criança desejou fazer o registo dos cestos marcados por cada um, no quadro branco. - Construção de uma torre: para dar início à atividade são apresentadas à criança várias peças que constituem uma torre. Posteriormente, venda-se os olhos à criança e dá-se aleatoriamente uma peça de cada vez, com o intuito de a criança montar a torre. Após encaixadas todas as peças, dá-se início a uma nova fase da atividade. Desta vez será a criança que, de olhos vendados, pegará numa das peças de cada vez, as quais se encontram na mesa à sua frente, novamente com o intuito de a voltar a construir. - Jogo de memória: recorrendo às peças da torre anterior, dá-se algum tempo à criança para analisar cada uma delas e verbalizar as suas características com o auxílio da terapeuta. Posteriormente, sem olhar para as peças, a criança deverá referir uma característica de destaque de cada uma das peças. - Jogo de memória e sensações: (ainda com as peças da torre) inicialmente volta-se a vender os olhos à criança. Em seguida, é-lhe dada aleatoriamente uma peça de cada vez. Neste seguimento, a criança deverá descobrir qual a peça que tem em mãos, através do toque e das características que memorizou de cada uma delas. 	<p>Cognição Linguagem Comportamento</p>
<p>Nº12 28 Jan 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito: como forma de ativação geral, foi realizado o seguinte circuito: <ul style="list-style-type: none"> (1) A criança deverá, com a pequena cana (imitação de uma cana de pesca) pescar um dos 5 peixes, que se encontram sobre um colchão; (2) Circundar os cones dispostos em linha, segurando a 	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Equilíbrio Cognição</p>

	<p>cana com peixe numa mão e driblando uma bola com a outra (sem deixar cair o peixe);</p> <p>(3) Criança deverá acertar com a bola no arco da cor igual à do peixe. Os arcos encontram-se dispostos perpendicularmente à corda que se segue aos cones;</p> <p>(4) Caminhar sobre uma corda, segundo as variantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pé-ante-pé para a frente -Pé-ante-pé para trás -De lado <p>(5) Deixar o peixe que apanhou logo no início do circuito e que transportou durante o mesmo, no arco da sua cor.</p> <p>- Planificação de um relógio com materiais recicláveis: previamente ao início da sessão a mãe do D.M. solicitou ajuda à terapeuta pois precisava de construir com a criança um relógio com materiais reciclados, para o disfarce de carnaval da escola. Como tal, a sessão teve início com a planificação e junção das ideias propostas pela criança para a construção do relógio. Neste seguimento, foi proposto à criança que realizasse um desenho de como idealizava o seu relógio.</p>	
<p>Nº13 4 Feb 2016</p>	<p>- Construção do Relógio com materiais recicláveis.</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Comportamento</p>
<p>Nº14 11 Feb 2016</p>	<p>- Atividade de Estruturação Rítmica: A criança deverá circular pelo ginásio, expressando-se corporalmente ao ritmo realizado pela terapeuta, com uma pandeireta. Pelo ginásio encontram-se dispersos vários objetos (bola; corda; cones; arcos..). Sempre que a terapeuta para o ritmo, a criança deverá realizar uma tarefa motora com o objeto que se encontrar mais próximo de si.</p> <p>- Circuito das letras:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) a terapeuta desenha uma letra nas costas da criança, a qual deverá adivinhar; (2) Sem dizer a letra à terapeuta, a criança recolhe a letra que sentiu de dentro de um arco, de entre um conjunto de letras, com uma mini cana de pesca; (3) A criança deverá caminhar sobre uma corda segurando a cana na mão (mediante indicação da terapeuta): <ul style="list-style-type: none"> -Pé-ante-pé para a frente -Pé-ante-pé para trás -De lado (4) Repetir circuito até a criança recolher 6 letras; (5) Para terminar, a criança deverá construir uma palavra com as letras recolhidas. <p>- Construção de letras em plasticina: A criança deverá construir em plasticina, as letras anteriormente utilizadas.</p> <p>- Momento de relaxação: De olhos fechados, na posição de decúbito dorsal sobre o colchão. Com um balão, a terapeuta percorre o corpo da criança, com o intuito que a mesma regule o seu tônus muscular. É ainda solicitado que a mesma nomeie as partes do corpo em que é tocado.</p>	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Cognição Tonicidade Noção do Corpo</p>

<p>Nº15 18 Fev 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desenho de um colar: Sobre uma linha previamente desenhado pela terapeuta, a criança deverá desenhar missangas, explorando as diferentes cores existentes. Pretende-se que a criança realize círculos respeitando o tamanho original das missangas e que mantenha o tamanho de todas o mais semelhante possível. - Construção do colar: Completo o desenho do colar, a criança deverá construir o colar que anteriormente desenhou, respeitando a mesma sequência de cores através da realização de enfiamentos (colocar as missangas num fio). <p>Nota: tendo em conta a dificuldade da criança na realização dos enfiamentos, não foi possível a realização das outras atividades planeadas.</p>	<p>Motricidade Fina Atenção</p>
<p>Nº16 25 Fev 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo livre escolhido pela criança: “4 em linha gigante” - Construção do nome em plasticina: inicialmente é solicitado à criança que escreva o seu primeiro nome numa folha, com letras de grande dimensão. Posteriormente, solicita-se que delinear cada uma das letras do seu nome em plasticina. - Nota: Tendo em conta as dificuldades da criança em modelar a plasticina e a sua desmotivação para a atividade, esta demorou mais do que o tempo previsto, tendo ocorrido alguns momentos de fuga à tarefa. - Retorno à calma: frente à terapeuta, a criança deverá passar um balão recorrendo apenas ao sopro (vão passando o balão um ao outro). Posteriormente a criança conduz o balão a um alvo, pelo chão, mais uma vez recorrendo apenas ao sopro. 	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Controlo Respiratório Comportamento</p>
<p>Nº17 3 Març 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gincana Motora: Jogo com seis estações numeradas, nas quais a criança terá de realizar diferentes atividades motoras. Para dar início ao jogo a criança terá que lançar um dado, sendo o número que sair o correspondente ao número da estação para a qual deverá seguir. - <u>Estação 1:</u> jogo da macaca com os arcos, recorrendo ao dado como patela; - <u>Estação 2:</u> Caminhar sobre uma corda colocada em zig zag no chão, transportando uma bola sobre uma raquete; - <u>Estação 3:</u> Lançar a bola de ténis com o pé e acertar numa baliza e posteriormente lançar a bola de ténis com a mão e acertar num cesto; - <u>Estação 4:</u> Lançar as argolas e acertar nos pinos (no maior número que conseguir); - <u>Estação 5:</u> Construção de um puzzle; - <u>Estação 6:</u> Construção de um pequeno colar (através da realização de enfiamentos de missangas num fio). <p>O Jogo termina assim que a criança percorra todas as estações.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenho alusivo à atividade desenvolvida 	<p>Motricidade Global Motricidade Fina Cognição Comportamento</p>

Nº18 10 Mar 2016	- Construção de uma pulseira de elásticos.	Motricidade Fina Cognição
Nº19 17 Mar 2016	<p>- Elaboração de uma lembrança para o dia do pai:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção de uma moldura em pauzinhos: a criança deverá construir uma moldura com pauzinhos, colando-os formando um quadrado. Posteriormente decora-os a gosto (pintando, desenhando, realizando colagens...) • Construção de um postal: numa folha branca, a criança deverá escrever uma mensagem dedicada ao pai. Posteriormente, decora o postal a gosto (pintando, desenhando, realizando colagens...) 	Motricidade Fina Cognição Comportamento
Nº20 24 Mar 2016	<p>- Jogo “Caça aos ovos da Páscoa”: é atribuído um mapa do gabinete à criança, no qual se encontram assinalados os locais onde estão escondidos os ovinhos da páscoa. Os locais assinalados encontram-se segundo uma ordem lógica, sendo atribuídas tarefas psicomotoras à criança as quais deverá cumprir para conquistar cada ovo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do 1º ponto (partida) para o 2º ponto a criança deverá caminhar sobre uma corda (colocada no chão), para a frente, pé-ante-pé e com as mãos à cintura. Concluída a tarefa conquista o primeiro ovo; • Do 2º ponto para o 3º, a criança deverá caminhar sobre a corda anterior, mas desta vez de costas, pé-ante-pé e de mãos à cintura, seguindo-se santos em apoio unipodal de arco em arco. • Do 3º ponto para o 4º ponto <p>- Momento de relaxação: De olhos fechados, na posição de decúbito dorsal sobre o colchão. Com um balão, a terapeuta percorre o corpo da criança, com o intuito que a mesma regule o seu tónus muscular. É ainda solicitado que a mesma nomeie as partes do corpo em que é tocado.</p>	Motricidade Global Equilíbrio Estruturação Espácio-temporal Tonicidade
Nº21 7 Abr 2016	<p>- Construção de uma avião de papel: através da realização de dobragens, a criança deverá construir um avião em papel, seguindo as instruções (por imitação) da terapeuta.</p> <p>- Decoração do avião: a criança decora o avião ao seu gosto, desenhando e pintando.</p> <p>- Corrida dos aviões (Controlo respiratório): com os aviões elaborados anteriormente a criança em conjunto com a terapeuta realizam uma corrida, com o avião sobre o chão, soprando sobre uma palhinha gigante, empurrando os mesmos recorrendo apenas ao sopro.</p>	Motricidade Fina Comportamento Socialização
Nº22 14 Abr 2016	<p>Elaboração de um jogo pela criança: “Voleybalão”</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Inicialmente coloca-se a criança perante um conjunto de materiais e solicita-se que escolha pelo menos 2 deles; (2) Após escolher os materiais, solicita-se à criança que pense e organize um jogo com esses materiais, podendo a mesma recorrer ao desenho 	Cognição Comportamento Socialização Motricidade Global Tonicidade

	<p>Nota: os passos seguintes foram planeados na própria sessão, tendo em conta os materiais escolhidos pela criança. O D.M. escolheu apenas um balão e uma corda. Assim, os próximos passos foram:</p> <ol style="list-style-type: none"> (3) Solicitou-se à criança que enchesse o próprio balão, pelo que a terapeuta apenas auxiliou a dar o nó. (4) Pedir à criança que estipule os principais objetivos do jogo. O D.M. organizou um campo, onde colocou a corda ao meio. Assim, o principal objetivo do seu jogo seria acertar com o balão no campo do adversário (tendo o mesmo que tocar no chão). (5) Em seguida, tendo em conta o seguimento do pensamento da criança, solicitou-se que refletisse e estipulasse algumas regras. Assim, a criança definiu que apenas se poderia tocar no balão com as mãos e que o mesmo não poderia tocar na corda central. (6) Todos estes aspetos foram sucintamente escritas numa folha pela própria criança, a qual decidiu atribuir um nome ao jogo: "Voleybalão" <p>- Realização prática do jogo organizado pela criança: organizado o jogo e montado o campo, prosseguiu-se para a realização prática do jogo, sendo a terapeuta e a criança adversários.</p> <p>- Momento de relaxação: deitada sobre um colchão, a criança deverá contar até 10, realizando respirações simples, e permitindo que a bola terapêutica passe pelo corpo;</p>	
Nº23 28 Abr 2016	<p>- Elaboração de uma prenda para o dia da mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção de um postal elaborado: inicialmente a criança constrói uma flor, com pedaços de papel recortados e colados de acordo com um vídeo que é apresentado à criança. Posteriormente a flor é pintada e colada no centro do postal, em efeito 4D, seguindo-se a decoração ao gosto da criança do resto do postal. Deverá ainda refletir e dedicar uma mensagem à mãe, escrevendo-a no envelope. 	Motricidade Fina Cognição
Nº24 12 Mai 2016	<p>- Desenho de uma construção: Após analisar um conjunto de peças de madeira de diferentes formas, tamanhos e cores, solicitou-se à criança que desenhasse uma possível construção, colocando peças umas sobre as outras. Assim a criança deveria desenhar as peças umas sobre as outras, respeitando as suas formas e cores, considerando o que acharia possível de construir na realidade.</p> <p>- Construção do desenho anterior: terminado o desenho, propôs-se à criança que construísse aquilo que desenhou, colocando-se perante a questão: " É possível construir aquilo que desenhaste".</p> <p>Nota: Uma vez que não foi possível construir o seu desenho, com o auxílio da terapeuta a criança analisou o seu desenho, de forma a perceber o que tornou impossível a sua construção. Em conjunto, a criança e a terapeuta alteraram as peças que impediram a construção, trocando-</p>	Motricidade Fina Cognição Comportamento Tonicidade

	<p>as por outras, escolhidas pela criança.</p> <p>- Momento de relaxação: deitada sobre um colchão, numa posição que mais lhe for confortável, a criança deverá aceder à relaxação total do seu corpo, com a presença de uma música (relaxante) de fundo. No final, deverá ser capaz de partilhar os sentimentos que aquele momento lhe proporcionou.</p>	
<p>Nº25 19 Mai 2016</p>	<p>- Construção de animais em plasticina: inicialmente são apresentadas várias imagens de exemplos de animais realizados em plasticina (nível básico). De entre os animais apresentados, dá-se a possibilidade à criança de escolher pelo menos 3 Nota: o D.M. escolheu a minhoca, o caracol e a borboleta.</p>	<p>Motricidade fina Cognição Comportamento</p>
<p>Nº26 2 Jun 2016</p>	<p>- Construção do Jogo da Glória das Letras:</p> <p>(1) A criança desenha as letras do abecedário numa folha A4 (uma letra por folha), decorando e pintando cada letra a seu gosto, recorrendo a materiais do seu interesse;</p> <p>(2) Estipulam-se as regras do Jogo (entre terapeuta e a criança);</p> <p>(3) Alinham-se as diversas casas/letras pelo gabinete, sob a forma de Jogo da glória gigante;</p> <p>(4) Realização prática do jogo, recorrendo ainda a dois dados grandes.</p> <p>Nota: tendo em conta que se trata de um Jogo da Glória mas na posição de números colocaram-se letras, recorreu-se ao mesmo para a exploração de diversas palavras. A criança deveria registar as letras das casas pelas quais foi passando para posterior elaboração de palavras.</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Comportamento</p>
<p>Nº27 16 Jun 2016</p>	<p>- Construção de um urso de peluche:</p> <p>Previamente à atividade é apresentado o material necessário para a construção do boneco, nomeadamente as formas em tecido (já prontas e com os buracos necessários para a costura), a esponja (para o recheio), as linhas e a agulha (de plástico).</p> <p>Deste modo, a atividade consiste em costurar um peluche, através da realização de enfiamentos, seguindo uma determinada sequência (já elaborada e apresentada à criança, acompanhando-a durante toda a construção.</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Comportamento</p>
<p>Nº28 30 Jun 2016</p>	<p>- Continuação e finalização do urso de peluche</p> <p>- Atividade livre escolhida pela criança: desenho do peluche construído</p> <p>- Conversa global sobre as sessões de psicomotricidade</p>	<p>Motricidade Fina Cognição Comportamento Linguagem</p>

Anexo VII – Exemplos de Planos de Sessão

Plano de sessão Nº4

Duração: 60 minutos

Local: Ginásio de reabilitação da Malo Clinic

Objetivos Específicos: Melhorar a orientação do corpo no espaço; Melhorar a coordenação óculo-manual; Aumentar a capacidade de resolução de problemas e tomada de decisões; Aumentar a capacidade de abandono dos membros e de auto-descontração; Melhorar a capacidade de expressão.

Atividades	Objetivos (A criança deverá ser capaz de...)	CrITÉrios de Êxito	Materiais	EstratÉgias	Realizou /Não realizou	Observações
Ritual/Diálogo inicial 10 min	Descrever as atividades realizadas na semana passada	Relembrando-se de pelo menos duas das atividades, sem qualquer orientação por parte da terapeuta.	Não se aplica	Pistas verbais	Realizou	Apesar de não se recordar pormenorizadamente das atividades, foi capaz de as referir a todas. Precisou apenas de pouca ajuda verbal na fase inicial
Ativação Geral “Corrida dos arcos” 5 min	(1) Deslocar-se até ao fundo do ginásio, com apenas dois arcos; (2) Deslocar-se até ao fundo do ginásio com apenas um arco, passando o seu corpo sucessivamente pelo interior do arco	(1) Sem pisar o chão fora dos arcos; (2) Podendo tocar com o arco no corpo	Arcos	- Demonstração - Instrução Verbal - Dar feedback	Realizou	O D.M. rapidamente percebeu a dinâmica da atividade. Embora tenha cumprido os objetivos estabelecidos, ambos foram realizados de forma descoordenada, não existindo um adequado planeamento motor
Jogo da memória e orientação no espaço 15 min	(1) Observar atentamente e memorizar a posição dos arcos (azul, verde, vermelho e amarelo) no espaço; (2) Ultrapassar uma sequência de obstáculos, de olhos vendados; (3) Identificar em que arco se encontra, mediante indicação da terapeuta, após ultrapassar um conjunto de obstáculos	(1) Expressando verbalmente aquilo que vê; (2) - Seguindo as orientações dadas pela terapeuta (nº de passos e para onde os dar); - Sem retirar a venda; - Podendo tocar em apenas em 3 obstáculos (3) - Acertando em pelo menos dois dos arcos em que se encontrar; - Sem retirar a venda	Arcos; Cones; Bolas de diferentes tamanhos; Venda	- Instrução Verbal - Pistas verbais - Dar feedback	(1) Realizou (2) Realizou (3) Não realizou	Inicialmente o D.M. teve algumas dificuldades ao nível da orientação/movimentação no espaço, devido ao facto de se encontrar de olhos vendados. Por essa mesma razão, estava constantemente receoso em realizar os passos e orientações indicadas pela terapeuta. Embora tenha realizado o percurso com sucesso, tocando apenas em dois obstáculos, o D.M. não acertou em que arco se encontrava cada vez que a terapeuta o questionava. De um modo geral aderiu bem à atividade e participou de forma motivada.
Atividade a escolher pela criança 15 min	(1) Explorar os materiais (2) Tomar decisões	(1) Indicando possíveis atividades realizáveis com os mesmos	Vários	- Instrução Verbal - Dar feedback - Ajuda física	(1) Realizou (2) Realizou	A escolha desta atividade por parte do D.M. revelou-se uma surpresa, uma vez que a coordenação óculo-manual é uma das suas áreas menos fortes. Por

		(2) Selecionando apenas uma atividade de entre várias possibilidades		- Dar reforço positivo		outro lado foi referido pelo mesmo que adora jogos com bolas. Numa fase inicial do jogo o D.M. queria desistir, por falhar os lançamentos, pelo que o reforço positivo foi essencial para que ele se mantivesse motivado. Ao final de 12 lançamentos, o D.M. conseguiu colocar três bolas da mesma cor em linha.
Momento da relaxação 10 min	(1) Regular o seu tônus muscular, através de movimentos passivos realizados pela terapeuta; (2) Contrair e descontrair os membros solicitados pela terapeuta	(1) –Permanecendo, de olhos fechados, na posição de decúbito dorsal sobre o colchão; -Descontraindo os membros manipulados pela terapeuta (2)Permanecendo, de olhos fechados, na posição de decúbito dorsal sobre o colchão	Colchão	- Instrução Verbal - Dar feedback - Ajuda física	(1) Realizou (2) Realizou	O D.M. já permanece deitado sobre o colchão sem abrir os olhos. Numa fase inicial da manipulação realizada pela técnica, verificaram-se algumas contrações por parte do D.M. aos movimentos passivos realizados pela técnica. Essas contrações verificaram-se sobretudo ao nível dos membros superiores
Diálogo Final 5 min	Expressar verbalmente sentimentos vivenciados	Referindo as tarefas de que mais gostou e as que menos gostou	Não se aplica	Pistas verbais	Realizou	Apesar se expressar de forma inibida, o D.M. foi capaz de referir as atividades que mais e menos gostou

Plano de sessão N° 14

Duração: 60 minutos

Local: Ginásio de reabilitação da Malo Clinic

Objetivos Específicos: Melhorar a orientação do corpo no espaço; Aumentar a capacidade de estruturação rítmica; Melhorar a coordenação óculo-manual; Aumentar a capacidade de tomada de decisões; Melhorar o equilíbrio dinâmico; Melhorar a precisão dos movimentos finos; Aumentar a capacidade de abandono dos membros e de auto-descontração; Melhorar o conhecimento do próprio corpo; Melhorar a capacidade de expressão.

Atividades	Objetivos (A criança deverá ser capaz de...)	CrITÉrios de Êxito	Materiais	EstratÉgias	Realizou /Não realizou	Observações
Ritual/Diálogo inicial 10 min	Descrever as atividades realizadas na semana passada	Relembrando pelo menos duas das atividades, sem qualquer orientação por parte da terapeuta.	Não se aplica	Pistas verbais	Realizou	O D.M. esqueceu-se apenas de uma das atividades realizadas na semana anterior, descrevendo, no entanto, as restantes de forma adequada.
Ativação Geral: Exploração de ritmos 10 min	(1) Acompanhar diferentes ritmos, realizados pela terapeuta, com movimentos corporais (2) Realizar uma tarefa motora, sempre que o ritmo pare.	(1) - Explorando todo o espaço; - Sem tocar em nenhum dos materiais dispersos pela sala; (2) – Relembrando tarefas motoras já realizadas em sessões anteriores – Recorrendo apenas aos objetos mais próximos da posição em que ficou.	- Materiais diversos (para dispersar pelo ginásio) -1 Pandeireta	-Instrução verbal -Pistas verbais -Dar feedback	(1) Realizou (2) Realizou	Inicialmente o D.M. mostrou-se receoso à exploração livre do espaço, circulando apenas num pequeno percurso. No entanto, após solicitação da terapeuta rapidamente passou a circular por todo o espaço do ginásio. Os seus movimentos, embora tenham acompanhado os ritmos realizados, apresentaram-se um pouco descoordenados. No momento de decidir qual tarefa motora realizar, precisou de constantes pistas verbais.
Circuito das letras 15min	(1) Adivinhar qual a letra que a terapeuta lhe escreve nas costas; (2) Apanhar a letra dentro de um arco, de entre um conjunto de letras, com uma mini cana; (3) Caminhar sobre uma corda segurando a cana	(1) Podendo errar duas vezes; (2) - Segurando a cana apenas com uma mão; - Sem utilizar a outra mão para pegar na letra; (3) Sem deixar cair a letra da cana (4) Sem sair da corda	-1 arco - Letras diversas (com íman) - 1 Mini cana de pesca (com íman) - 1 Corda	-Instrução verbal -Pistas verbais -Dar feedback	(1) Realizou (2) Não realizou (3) Não realizou (4)	O D.M. acertou todas as letras (6) à primeira. Na fase de apanhar as letras, embora tenha segurado sempre a cana apenas com uma mão, recorreu três vezes à mão contrária para apanhar letras. Na fase do circuito inerente ao equilíbrio sobre a corda, o D. saiu várias vezes da corda, sobretudo quando tinha de caminhar pé-ante-pé para a frente e

	na mão: -Pé-ante-pé para a frente -Pé-ante-pé para trás - De lado *Repetir o circuito até acriança recolher 6 letras (4) Construir uma palavra com as letras recolhidas anteriormente. (5) Construir a palavra com pionés num pequeno quadro de cortiça.	(5) Devendo as letras apresentar-se alinhadas e com dimensões aproximadas.	- Pionés diversos -1 quadro de cortiça		Realizou	para trás, evidenciando alguns desequilíbrios. Nesta ultima tarefa também deixou cair duas letras ao longo do percurso. Por fim, o D.M rapidamente chegou a uma palavra (SEREIA), a qual construiu de forma adequada no quadro de cortiça. Para isso o D.M adotou algumas estratégia, tais como contar o número de pionés que cada letra tinha em altura e em largura (para manter as dimensões aproximadas).
Construção de letras em plasticina 10 min	(1) Construir letras com plasticina (S, E, R, I, A)	(1) - Podendo recorrer a materiais auxiliares (e.g. faca de plástico); - Podendo recorrer à ajuda física da terapeuta uma vez	Plasticina	-Instrução verbal -Pistas verbais -Dar feedback -Ajuda física	Não realizou	O D.M. apresenta ainda muitas dificuldades em moldar a plasticina. Assim, ainda numa fase inicial à atividade, foi solicitado que realizasse bolinhas e “cobrinhas” com a plasticina. O D.M. precisou de muita ajuda física na construção das letras (terapeuta segurava as mãos e ajudava com os movimentos).
Momento da relaxação 10 min	(1) Regular o seu tônus muscular; (2) Nomear as partes do corpo em que é tocado com um balão	Permanecendo, de olhos fechados, na posição de decúbito dorsal sobre o colchão	Colchão 1 Bola	- Dar feedback	(1) Realizou	O D.M, mostrou-se bastante satisfeito com a atividade, evidenciando cada vez um maior controlo do seu tônus muscular, permanecendo na posição de decúbito dorsal.
Diálogo Final 5 min	Expressar através do desenho as atividades realizados	Desenhando as atividades de que mais gostou	Folha; Lápis; Lápis de cor	Pistas verbais Feedback	Realizou	O D.M. facilmente referiu a atividade de que mais gostou (circuito). Por outro lado, no desenho, explorou pouco as diferentes cores e desenhou os materiais inerentes à atividade dispersos pela folha e não como a posição

Anexo VIII – Desenho do Corpo



**Desenho do Corpo
Avaliação Inicial**

**Desenho do Corpo
Avaliação Final**



Anexo IX– Programa do 2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

2º

Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

1º

Congresso Luso-brasileiro de Terapia Cognitiva da Infância e Adolescência

15 outubro 2015

Programa






Hora	Título da palestra	Orador
8:00	Abertura do secretariado	
8:50	<p style="text-align: center;">Abertura</p> <p style="text-align: center;">Pedro Gil (SEPLEU) + Eugénia Coelho (CM Loures) + Renato Caminha (Concriad) + Rafael Pereira (Organização) + Ana Severino (Organização)</p>	
9:00	Palestra Magna: (A definir)	Sara Bahía (Ordem dos Psicólogos Portugueses)
9:40	Utilização de histórias terapêuticas no tratamento de crianças e suas famílias	Adriana Zanonato
9:45		.....
10:40		.....
11:00	INTERVALO	
11:00	Trabalhando com famílias de crianças e adolescentes com disforia de género	Luiz Carlos Prado
11:55		.....
12:00	Abordagem Neuropsicológica nas Dificuldades de Aprendizagem	Manuel Domingos
12:40	Gestão de Conflitos e Intervenção Familiar em Crianças com DA	Luis Neves
12:45		.....
13:30	ALMOÇO	
14:45	Jogo Computadorizado na terapia com crianças: Projeto Transformador	Maria Lúcia Rossi
15:40		.....
15:45	Protocolo TRI Preventivo: promovendo resiliência nas escolas	Marina Gusmão Caminha
16:40	INTERVALO	
17:00	O trabalho terapêutico com pais de crianças ansiosas	Rodrigo Serra
17:50		.....
17:55	Protocolo TRI clínico para ansiedade e humor na infância	Renato M. Caminha
18:50		

Organização:



Apoio:









2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

1º Congresso Luso-brasileiro de Terapia Cognitiva da Infância e Adolescência

16 outubro 2015
Programa



Hora	Título da palestra	Orador
8:50	Abertura Pedro Gil (SEPLeU) + Eugénia Coelho (CM Loures) + Helena Serra (DISLEX) + Rafael Pereira (Organização) + Ana Severino (Organização)	
9:00	Neuropsicologia e Neuropsicofisiologia da Dislexia	Manuel Domingos
9:45	Dificuldades académicas em crianças com Perturbação do Processamento Auditivo	Cristiane Nunes
9:50	Neuroeducar para a Felicidade	Fernando Rodrigues
10:30		
10:35		
11:15	INTERVALO	.....
11:45	Dislexia Desenvolvidora: alguns fundamentos neuropsicopedagógicos	Vitor da Fonseca
12:30	Perturbações da Fluência e Aprendizagem	Gonçalo Leal
12:35		
13:15	ALMOÇO	.....
13:20		
14:30	O método DOLF nas dificuldades de aprendizagem da leitura e da Escrita	Ana Severino e Joana Rombert
15:10	"Desenvolvimento Normal e Perturbações do Desenvolvimento" ou alternativamente "PHDA e co-morbilidades	Tiago Proença Santos
15:15	Reabilitação cognitiva no TDAH e na Dislexia	Malu Tabaquim
16:00		.....
16:05	INTERVALO	.....
16:50		
17:20	Psicopedagogia, Síndrome de Asperger e Transtorno não Verbal	Irene Maluf
17:20		
18:15	Dificuldades de Leitura e Escrita em Português	Fernando Capovilla
19:15		

Organização:



Apoio:



2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

1º Congresso Luso-brasileiro de Terapia Cognitiva da Infância e Adolescência



17 outubro 2015
Programa - Cursos



Horário - 8:30 > 10:30

Curso	Título	Orador
1	Relações entre fala e escrita em Português	Fernando Capovilla
2	Intervenção técnico-pedagógica na Dislexia e na Atenção	Sara Costa
3	A brincar aprendo Matemática	Inês Rodrigues
4	A educação socioemocional nos processos de aprendizagem	Renato Caminha
5	As letras falam: uma proposta para alfabetizar alunos com transtornos de aprendizagem	Jaime Zorzi
6	Diagnóstico nas Dificuldades de Aprendizagem Programa de Avaliação	Ângela Matylde Soares
7	PADD: Prova de Análise e Despista da Dislexia	Rui Manuel Carreteiro
8	Avaliação das pré-competências iniciais para a leitura e Escrita	Rita Moreira, Margarida Ferreira, Carolina Piçarra
9	Bases Neurocientíficas da Aprendizagem escolar	Marta Relvas
10	Diagnóstico do Défice de Atenção com Hiperatividade	Clay Brites
11	Conversas na 1ª pessoa: a visão de quem é e vive com Dislexia	Mafalda Justino Alves

Organização:



Apoio:



2º Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

1º Congresso Luso-brasileiro de Terapia Cognitiva da Infância e Adolescência



17 outubro 2015
Programa



Hora	Título da palestra	Orador
10:30 10:50	INTERVALO	.....
10:50 11:45	Dislexia – Novos Caminhos no Diagnóstico	Sylvia Ciasca
11:50 12:30	Espectro do autismo: contributos metodológicos na aquisição da leitura	Nora Cavaco
12:35 13:15	Projeto Pirolito e Lupita: Contributos para a Aprendizagem da Leitura, Escrita e Matemática	Rafael Pereira
13:15 14:30	ALMOÇO	.....
14:30 15:10	Contornos do Ato de Ler	Helena Serra
15:15 16:00	O erro de escrita	Dina Alves
16:05 16:50	Autonomia nas Dificuldades de Aprendizagem na Matemática	Quézia Bombonato
16:50 17:10	INTERVALO	.....
17:10 17:50	Dislexia e perturbação específica da linguagem: Duas faces da mesma moeda?	Telma Pereira
17:55 18:50	Compreendendo os erros de Escrita e Disortografia	Jaime Zorzi
18:55 19:40	Dificuldades de Aprendizagem	Vitor Cruz

19:40 Sessão de Encerramento - Carla Rocha - RFM

Organização:



Apoio:



Anexo X– Resumo do Curso BACLE apresentado para submissão

Congresso Internacional em Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem

Curso 8 - Prova de Aferição de Competências Iniciais para a Leitura e Escrita
(BACLE - Bateria de Avaliação de Pré-Competências na Aprendizagem da Leitura e Escrita)

Objetivos

- Dotar os participantes dos pressupostos científicos que fundamentam a elaboração da BACLE revista e atualizada
- Levar os participantes a conhecer a BACLE revista e atualizada
- Treinar os participantes para a aplicação e cotação da BACLE revista e atualizada

Conteúdos

- Enquadramento teórico do instrumento
- População-alvo
- Objetivos
- Constituição do instrumento
- Duração da aplicação
- Profissionais que podem aplicar
- Apresentação de um Estudo de Caso
- Aplicação do instrumento
 - o Componente prática
- Cotação
- Vantagens e Benefícios da sua utilização

Breve resumo

As aprendizagens adquiridas no 1º ciclo do ensino básico revelam-se diversificadas, com maior ou menor grau de dificuldade, em função das pré-competências que foram ou não adquiridas no Pré-Escolar.

A Bateria de Aferição de Competências Iniciais para a Leitura e Escrita - BACLE, surge exatamente para facilitar aos profissionais de Educação e Saúde a possibilidade de aferirem nas suas crianças a aquisição das pré-competências para a aprendizagem da leitura e da escrita, especificamente, ao nível do domínio da

maturidade perceptiva, da memória, do âmbito psicomotor e da linguagem. Por outro lado, é fundamental para a detecção precoce de possíveis dificuldades de aprendizagem ao nível da leitura e da escrita. Neste seguimento, a BACLE revista e atualizada com novos exercícios surge como um importante instrumento, que permite aferir o nível de desenvolvimento dessas pré-competências, auxiliando na elaboração de programas de intervenção adequados e atempados, uma vez que fornece aos educadores os indicadores do trabalho a realizar e estimular. Assim, para o presente curso torna-se pertinente uma apresentação pormenorizada da BACLE.

Anexo XI– Projeto Psicomotricidade em Contexto Escolar

PSICOMOTRICIDADE EM CONTEXTO ESCOLAR



Introdução

A nossa visão como psicomotricistas, com intervenção no crescimento e nas dificuldades de aprendizagem, centra-se em transferir e adaptar conhecimentos de diversas áreas científicas (psiconeurologia, sociologia, intervenção precoce, entre outras) para a educação e/ou intervenção com crianças.

Com os conhecimentos acerca dos marcos essenciais associados a cada etapa do desenvolvimento infantil, bem como de fundamentos psiconeurobiológicos associados ao desenvolvimento e maturação cerebral, procuramos atuar no sentido de uma otimização e maximização dos potenciais de aprendizagem, através da psicomotricidade, que conjuga todas estas áreas.

O presente projeto pretende dar a conhecer e levar a Psicomotricidade a escolas e jardins-de-infância. Numa fase inicial é realizada uma abordagem ao mesmo junto da direção/coordenação de cada escola, bem como são apresentados todos os serviços possíveis e disponíveis para cada situação.

Face ao exposto, o mesmo tem como principal objetivo colocar ao dispor de diversas escolas uma panóplia de serviços no âmbito da Psicomotricidade, adaptados aos interesses e necessidades de cada uma, de forma a promover um bom desenvolvimento psicomotor e de aprendizagem das suas crianças.

Serviços que a DisClínica tem a oferecer

PSICOMOTRICIDADE PARA PRÉ-ESCOLAR

PSICOMOTRICIDADE PREVENTIVA – CURRICULAR OU EXTRACURRICULAR

1. Avaliação das Pré-competências para a Leitura e Escrita

2. Estimulação do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem

Com enfoque nos fatores psicomotores, maximização das pré-competências e de áreas complementares a partir de atividades de cariz psicomotor.

- Sessões de Psicomotricidade 1 vez por semana.

3. Ateliers de Psicomotricidade

- Sessões em grupo com uma diversidade de atividades psicomotoras e de relaxação.
- Pode decorrer apenas uma vez ou várias, com diferentes temas, mediante solicitação e interesse da escola.

TERAPIA PSICOMOTORA

- **Intervenção nos problemas de desenvolvimento**
 - Sessões individualizadas 1 vez por semana.

PSICOMOTRICIDADE PARA 1º CICLO

PSICOMOTRICIDADE PREVENTIVA – CURRICULAR OU EXTRACURRICULAR

1. Avaliação Psicomotora

2. Prevenção das dificuldades de aprendizagem

A partir de um enfoque nos fatores psicomotores; ensino do programa escolar e de áreas complementares ao mesmo a partir de atividades de cariz psicomotor.

- Sessões de Psicomotricidade 1 vez por semana.
 - Individual
 - Em grupo

3. Ateliers de Psicomotricidade

- Sessões em grupo com uma diversidade de atividades psicomotoras e de relaxação.

- Pode decorrer apenas uma vez ou várias, com diferentes temas, mediante solicitação e interesse da escola.

TERAPIA PSICOMOTORA

- **Intervenção nos problemas de desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem**
 - Sessões individualizadas 1 vez por semana.

CONTACTOS

Para qualquer esclarecimento contactar:

Ana Margarida Ferreira
(Psicomotricista na Disclínica)

Tlm: 919870106

Email: namagui.ferreira999@gmail.com



Edifício Écran
Alameda dos Oceanos, Lote 3.14.01 C
Parque das Nações
1990-196 Lisboa
Phone: 21 893 9030
www.facebook.com/disclinica